BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

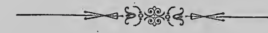
SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

PUBLIÉS PAR LES SOINS DU BUREAU :

MM. CARTAZ, *président;* MOURE ET POYET, *vice-présidents;* CADIER, *trésorier;*
MM. JOAL, *secrétaire général;* VACHER, *secrétaire.*

TOME X



PARIS
J. RUEFF ET Cie, ÉDITEURS
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1894

MEMBRES TITULAIRES FONDATEURS

MM. ARCHAMBAULT, 5, boulevard Béranger, Tours ;
ASTIER, 132, boulevard Malesherbes, Paris;
ALBESPY, rue d'Arpajon, Rodez;
AUDUBERT, 86, rue Fondaudège, Bordeaux;
BEAUSOLEIL, 2, rue Duffour-Dubergier, Bordeaux;
BLANC, 8, rue Auber, Paris;
BOTEY, 12, Vergara, Barcelone ;
BOUYER, 21, rue Saint-Laurent, Bordeaux;
BRÉMOND, 12, rue d'Arcole, Marseille;
CADIER, 18, rue de l'Arcade, Paris;
CARTAZ, 39, boulevard Haussmann, Paris;
CASADESUS Y ROQUER, 1, calle del Conde de Asalto, Barcelone;
CASTANEDA, 3, Fuentarabia, Saint-Sébastien;
CASTEX, 3, avenue de Messine, Paris ;
DÉLIE, Ypres (Belgique);
DÉSARÈNES (G.), 95, rue des Petits-Champs, Paris;
FAUVEL, 28, rue du Rocher, Paris;
FERRAS, Luchon;
FRANÇOIS, 7, rue de la Merci, Montpellier;
FURUNDARENA Y LABAT, Tolosa (Espagne);
GAREL, 17, rue de la République, Lyon;
GILLES, 22, rue de Turenne, Paris;
GOUREAU, 2, rue de Châteaudun, Paris;
GUÉMENT, 11, place Gambetta, Bordeaux;
HICGUET, 24, rue Royale, Bruxelles;
JACQUEMART, 8bis, rue de la Buffa, Nice;
JOAL, 17, rue Cambacérès, Paris;
LABUS, 8, via Andrea, Milan;
LACOARRET, 36, rue Alsace-Lorraine, Toulouse;
LAMALLERÉE (DE), avenue des Cygnes (Vichy);
LANNOIS, 14, rue Saint-Dominique, Lyon;

MM. Lavrand, 4, rue Gombert, Lille;
Lubet-Barbon, 10, place Delaborde, Paris;
Luc, 54, rue de Varennes, Paris;
Miot, 99, boulevard Haussmann, Paris;
Moure, 25bis, cours du Jardin-Public, Bordeaux;
Natier, 69, rue de l'Université, Paris;
Noquet, 36, rue Puebla, Lille;
Polo, 7, rue Saint-Marceau, Nantes;
Poyet, 19, rue de Milan, Paris;
Ragonneau, 10, place Saint-Michel, Dijon;
Raugé, Challes (Savoie);
Rougier, place Bellecour, Lyon;
Roulliès, Agen;
Rousseaux, 375, rue du Progrès, Bruxelles;
Schiffers, 26, boulevard Piercot, Liège;
Suarez de Mendoza (Ferdinand), Angers;
Vacher, 3, rue Sainte-Anne, Orléans;
Verdos, Barcelone;
Wagnier, 27, rue d'Inkermann, Lille.

MEMBRES TITULAIRES

MM. Belliard, 36, rue Sainte-Hélène, Lyon;
Bonain, 61, rue Traverse, Brest;
Bouffé, 117, rue Saint-Lazare, Paris;
Chabory, Mont-Dore;
Combe, 87, boulevard Haussmann, Paris;
Gellé, 4, rue Sainte-Anne, Paris;
Guillaume, 22, rue des Tapissiers, Reims;
Hamon du Fougeray, 2, quai de l'Amiral-Lalande, Le Mans;
Helme, 43, rue de Rome, Paris;
Herck, 1, place Voltaire, Paris;
Jacquin, 1, rue de la Tirelire, Reims;
Labit, 22, boulevard Heurteloup, Tours;
Martin (Alfred), 25, rue Général-Foy, Paris;

MM. Mendel, 53, rue Vivienne, Paris;
Milson, 15, rue Saint-Jacques, Marseille;
Moliné, 75, rue Saint-Jacques, Marseille;
Mounier, 9, rue de l'Isly, Paris;
Nogaro, 62, rue Cardinal-Lemoine, Paris;
Raoult, 4, rue de Serre, Nancy;
Thomas, 27, rue Sylvabelle, Marseille;
Vergniaud, 29, rue Traverse, Brest;
Weissmann, 36, rue Général-Foy, Paris.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. Arese, Bilbao;
Barclay Baron, 16, Whitlea Dies road, Clifton-Bristol;
Baumgarten Egmont, 11, Redoutengasse, Budapest;
Boeke (J.), Beesi Utera, Budapest;
Boulet, Montréal;
Bronner, Bradford;
Capart, 5, rue d'Egmont, Bruxelles;
Cheval, 28, rue du Trône, Bruxelles;
Chiari, 12, Belliarstrasse, Vienne;
Curtis, 118, Madisson avenue, New-York;
Delstanche, 20, rue du Congrès, Bruxelles;
Dundas Grant, 8, Upper Wimpole street, Londres;
Egidi, 70, via de Fiekra, Rome;
Fasano, Naples;
Gorham Bacon, 54, West street, New-York;
Gradenigo, via dell' Università, Turin;
Greville Macdonald, 85, Harley street, Londres;
Hang, 19, rue de Göthe, Munich;
Heryng, Varsovie;
Hill (W.), 24, Wimpole street, Londres;
Hopmann, Cologne;
Jurasz, Heidelberg;
Kafemann, Kœnigsberg;

MM. KNIGHT, 377, Boylston street, Boston ;
LAW (E.), 35, Harley street, Londres ;
LENNOX BROWNE, 5, Mansfield street, Londres ;
LICHTENBERG, 23, Palatingasse, Budapest ;
LUBLINER, Varsovie ;
MAC-BRIDE, 16, Chester street, Edimbourg ;
MACINTYRE, 179, Bath street, Glasgow ;
MACKENZIE (J.), Baltimore ;
MASINI, 8, via Palestro, Gênes ;
MAYO COLLIER, 43, Weymouth street, Londres ;
MICHAEL, Hambourg ;
MOLL, 81, Steenstraat, Arnheim ;
NORRIS WOLFENDEN, 35, Harley street, Londres ;
ONODI, 12, O'Uctza, Budapest ;
POLYAK (Louis), 12, Deakgasse, Budapest ;
PRZEDBORSKI, Lodz (Pologne) ;
ROALDÈS (DE), 224, Jackson avenue, Nouvelle-Orléans ;
ROÉ, 28, North Clinton street, Rochester ;
SAJOUS (Philadelphie), 28, rue de Madrid, Paris ;
SCANES SPICER, 28, Welbech street, Londres ;
SCHMIDT (Moritz), Francfort-sur-Mein ;
SCHMIEGELOW, 18, Norregade, Copenhague ;
SCHMITHUISEN, Aix-la-Chapelle ;
SECCHI, 3, via Garibaldi, Bologne ;
SENDZIAK (J.), 139, rue Marshratkowska, Varsovie ;
SOKOLOWSKI, Varsovie ;
STERLING, La Havane ;
STRAZZA, Gênes ;
TIMOWSKY, Nice ;
WHISTLER, 17, Wimpole street, Londres.



STATUTS ET RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Revisés en Assemblée générale (Mai 1892).

BUT ET COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ

ARTICLE PREMIER. — Il est fondé à Paris une Société ayant pour but l'étude et les progrès des sciences médicales concernant spécialement les maladies de l'oreille, du larynx, du nez et des organes connexes.

ART. 2. — Cette Association prend le nom de « Société Française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie ».

ART. 3. — La Société se compose de membres fondateurs, de membres titulaires, de membres correspondants étrangers et de membres honoraires.

ART. 4. — Les membres FONDATEURS *français* ou *étrangers*, au nombre de 50, dont les noms suivent les statuts, ont *tous* le titre de membres *titulaires fondateurs* de la Société.

ART. 5. — Le nombre des membres titulaires est illimité; celui des correspondants étrangers et honoraires est également illimité.

ART. 6. — Pour être nommé membre titulaire, il faut :

1o Être Français;

2o Être docteur en médecine d'une Faculté française;

3o Résider et exercer en France;

4o Adresser au Président de la Société une demande écrite apostillée par deux membres titulaires, accompagnée d'un mémoire manuscrit ou de tout autre travail inédit, sur les matières dont s'occupe

la Société. Un rapport sera fait sur ce travail par uue Commission composée de trois membres.

L'admission aura lieu au scrutin secret à la majorité des trois quarts des membres présents et du quart des membres français inscrits.

Art. 7. — Les membres correspondants étrangers seront choisis parmi les médecins s'étant fait connaître par leurs travaux sur la spécialité. Ils devront adresser au Président de la Société une demande écrite avec l'exposé de leurs titres scientifiques ou autres.

Un rapport sera fait sur les titres du candidat par une Commission composée de trois membres, et l'admission aura lieu à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 8. — Pourront être nommés membres honoraires : 1° les titulaires ayant au moins quinze ans de titulariat et qui en feront la demande; 2° les médecins éminents s'étant distingués par leurs publications sur l'Otologie, la Laryngologie et la Rhinologie.

Le titre de membre honoraire sera accordé en séance générale sur l'avis favorable d'une Commission de cinq membres désignée à cet effet. La nomination aura lieu à la majorité absolue des membres présents.

Art. 9. — Les membres titulaires ont seuls voix délibérative; seuls ils peuvent faire partie du Bureau ou des Commissions et prendre part aux élections.

Art. 10. — Toutes les élections auront lieu au scrutin secret.

ADMINISTRATION DE LA SOCIÉTÉ

Art. 11. — La direction des travaux de la Société est confiée à un Bureau composé d'un Président, de deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire général, d'un Trésorier, de un ou de deux Secrétaires de séance.

Art. 12. — Le Président, les Vice-Présidents et le Secrétaire des séances sont nommés pour un an. Le Secrétaire général et le Trésorier sont nommés pour trois ans.

Chaque année, le premier Vice-Président devient de droit Président, et le deuxième Vice-Président passe premier Vice-Président pour arriver à son tour à la Présidence.

Art. 13. — Tous les membres du Bureau sont rééligibles, une fois leurs fonctions expirées.

Art. 14. — Sur la proposition du Bureau, pourra être nommé, pour la durée de chaque session, un Président honoraire choisi parmi les membres étrangers assistant à la réunion annuelle.

Art. 15. — Le Bureau représente la Société dans tous les actes de la vie civile. Toutes ses fonctions sont gratuites.

ASSEMBLÉE ET TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

Art. 16. — La Société se réunit une fois par an.

Art. 17. — Les travaux de la Société sont réunis en Bulletin et publiés le plus tôt possible après la session, par les soins du Bureau remplissant les fonctions de Comité de publication.

Art. 18. — Les ressources de la Société se composent : 1° du droit d'admission à la Société ; 2° du droit de diplôme de membre correspondant étranger ; 3° des allocations, dons et legs faits à la Société ; 4° de la vente des Bulletins.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 19. — La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

Art. 20. — Aucune proposition importante ne peut être discutée ou adoptée si elle n'est, au préalable, mise à l'ordre du jour de la séance.

Art. 21. — Toute modification apportée aux Statuts devra être formulée par écrit et signée par dix membres au moins.

Art. 22. — La dissolution, la fusion ou toute autre modification apportée à la manière d'être de la Société, ne pourra être votée qu'après avoir été mise à l'ordre du jour, dix jours au moins avant la session annuelle. Le vote ne sera valable que *s'il est fait en séance*, et à la majorité des trois quarts des membres présents représentant au moins la majorité des membres titulaires *français* inscrits.

Art. 23. — En cas de dissolution, fusion, etc., etc., il sera statué par la Société sur l'emploi et la destination des biens fonciers, livres, etc., lui appartenant.

Art. 24. — Nul changement ne pourra être apporté aux présents Statuts sans l'approbation du gouvernement.

RÈGLEMENT

ATTRIBUTIONS DU BUREAU

Article premier. — La Société, hors de ses séances, est représentée par le Bureau.

Art. 2. — Le Président dirige les Assemblées, recueille les suffrages, proclame les décisions de la Société; il nomme, avec les autres membres du Bureau, les Commissions chargées des rapports.

Art. 3. — Le Président, en cas d'absence, est remplacé par l'un des Vice-Présidents, ou à leur défaut par le doyen d'âge des membres titulaires présents.

Art. 4. — Le Secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque séance; il est chargé de la correspondance manuscrite ou imprimée; il signe les lettres écrites au nom de la Société et ses délibérations; il est chargé de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et de surveiller la publication des Bulletins de la Société; il doit faire chaque année un compte rendu des travaux communiqués. En cas d'absence, il est remplacé par l'un des Secrétaires des séances.

Art. 5. — Le Secrétaire des séances est chargé d'aider le Secrétaire général dans la rédaction des procès-verbaux de chaque séance, et la préparation des ordres du jour.

Art. 6. — Le Trésorier est chargé de la comptabilité; il paie les mandats visés par le Président et le Secrétaire général, reçoit les cotisations, rend chaque année à la Société un compte détaillé de sa gestion.

DES SÉANCES

Art. 7. — Les séances de la Société ont lieu tous les ans à Paris du 1er au 15 mai. La date exacte est fixée trois mois à l'avance par le Bureau.

Elles sont publiques.

Art. 8. — Une réunion supplémentaire pourrait être convoquée dans le courant de l'année par le Bureau.

Art. 9. — Lorsqu'un membre correspondant étranger assiste à la séance, le Président en informe la Société et mention en est faite au procès-verbal.

Art. 10. — Les travaux de la Société ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal;
2° Correspondance;
3° Présentation de malades;
4° Lecture de Rapports;
5° Communications à l'ordre du jour;
6° Présentation d'instruments et de pièces anatomiques.

Art. 11. — Le Président peut, après avoir consulté l'Assemblée, intervertir l'ordre de ses travaux.

Art. 12. — Tout membre ne faisant pas partie de la Société ne pourra faire de lecture qu'après en avoir fait la demande. Son travail ne pourra pas être discuté.

Art. 13. — Les ouvrages imprimés ou les mémoires inédits envoyés à la Société pourront être l'objet d'un rapport verbal ou écrit.

Art. 14. — Les Commissions chargées de rapports écrits seront composées de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux seront faits par un seul rapporteur.

Art. 15. — Tout rapport peut être discuté avant d'être mis aux voix. Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 16. — Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité; mais si la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, ces dernières seraient d'abord mises aux voix.

Art. 17. — Toute discussion une fois ouverte ne peut être fermée que de deux manières : ou parce qu'on ne demande plus la parole, ou parce que la Société consultée demande la clôture et l'ordre du jour.

Art. 18. — Toute digression étrangère à l'objet de la discussion est interdite. Le Président rappellerait à l'ordre quiconque s'éloignerait de la question mise en discussion.

Art. 19. — Le manuscrit des mémoires présentés à la Société sera écrit en français et ne pourra excéder dix pages du Bulletin de la Société, sauf l'assentiment du Bureau.

Il doit être adressé au Secrétaire général, ou déposé, au plus tard, sur le bureau, dans la séance même où doit avoir lieu la lecture.

Le Secrétaire général est responsable des mémoires déposés. Il ne peut s'en dessaisir.

Art. 20. — Tout mémoire lu en l'absence de l'auteur ne peut être soumis à la discussion.

Art. 21. — Aucune addition ou modification, les fautes de typographie et de linguistique exceptées, ne pourra être apportée aux mémoires par leurs auteurs, après communication à la Société.

Art. 22. — Une note sur les communications orales sera remise au Secrétaire huit jours au plus après la séance; faute de quoi, il pourra être passé outre sur ces communications dans le procès verbal.

Art. 23. — Toute modification à un travail, jugée nécessaire et proposée par le Comité, ne pourra être faite sans l'autorisation de l'auteur; mais le Comité a le droit d'y mettre une note justifiant de l'entière liberté laissée à l'auteur.

Art. 24. — Une épreuve des mémoires à insérer sera envoyée à l'auteur, sur sa demande, pour recevoir ses corrections.

COMITÉ SECRET

Art. 25. — Chaque membre titulaire a le droit de provoquer un Comité secret: il adresse à cet effet au Président de la Société une demande écrite et motivée, appuyée par deux autres membres. Le Bureau, consulté, accorde ou refuse le Comité secret.

Art. 26. — Sauf le cas d'urgence, les membres de la Société sont avertis par lettre de la formation de ce Comité.

RESSOURCES DE LA SOCIÉTÉ

Art. 27. — Les ressources de la Société se composent : 1° du produit des cotisations des membres titulaires fixées à 15 francs; 2° du droit de diplôme des membres correspondants étrangers fixé à 15 francs; 3° du montant de la vente des Bulletins.

Art. 28. — Les membres honoraires ne sont soumis ni aux droits ni à la cotisation annuelle.

Art. 29. — Tout membre qui n'aura pas acquitté le montant de sa cotisation annuelle six mois après en avoir été mis en demeure par le Trésorier recevra successivement deux avertissements officiels signés par le Président. Si ces avertissements restent sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra de ce fait ses droits à la propriété des objets ou valeurs appartenant à la Société.

Art. 30. — Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le Trésorier.

Art. 31. — Les frais de publication des Bulletins, de Bureau, d'administration, de location de la salle des séances, etc., etc., seront acquittés par le Trésorier sur le visa du Président ou d'un des Vice-Présidents.

PUBLICATIONS

Art. 32. — Le Bureau remplissant les fonctions de Comité de publication dirige la publication des Bulletins et Mémoires de la Société. Il s'entend avec les auteurs pour les modifications, coupures ou suppressions qui paraissent opportunes.

Ses décisions sont sans appel.

Art. 33. — Les frais de gravures, tableaux et généralement tous les frais de composition supplémentaire qui ne sont pas compris dans les conventions passées avec l'éditeur, seront supportés par les auteurs, à moins que la Société ne décide, sur la proposition du Bureau, de prendre ces frais à sa charge.

DROITS DES MEMBRES

Art. 34. — Tous les membres de la Société, titulaires et honoraires, recevront gratuitement les publications de la Société.

Les membres correspondants sont tenus de s'abonner aux Bulletins et Mémoires moyennant le prix de 8 francs.

Art. 35. — Les membres correspondants qui assistent à une réunion ont voix consultative dans les délibérations.

Art. 36. — Les membres titulaires seuls ont droit à la propriété des valeurs ou objets appartenant à la Société.

ÉLECTIONS

Art. 37. — Les élections du Bureau ont lieu dans la première séance annuelle de la Société.

Art. 38. — Dans cette même séance sont nommées les Commissions chargées de faire des rapports sur les titres des candidats et de dresser la liste de présentation.

Art. 39. — Le rapport est lu devant le Bureau réuni en Comité secret et discuté séance tenante.

Le vote a lieu publiquement dans la séance suivante, et n'est valable que si douze membres titulaires au moins y prennent part.

Art. 40. — Les Statuts et Règlement ainsi que la liste des membres de la Société sont publiés chaque année en tête des Bulletins et Mémoires.

REVISION DU RÈGLEMENT

Art. 41. — Toute proposition tendant à modifier le Règlement devra être signée par quinze membres, déposée sur le bureau, renvoyée à une Commission de cinq membres. Le rapport sera lu et discuté en Comité secret avant l'ouverture de la séance suivante. Le vote aura lieu après la clôture de la discussion et la proposition ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des membres présents.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Séance du lundi 30 avril.

Election du Bureau.

Sont nommés : Vice-président, M. le Dr Poyet; secrétaire annuel, M. le Dr Vacher.

M. le Dr Cadier, trésorier, expose la situation financière de la Société.

Le secrétaire général rappelle à la Société qu'elle a eu, cette année, à déplorer la mort d'un de ses membres fondateurs les plus sympathiques, M. le Dr Joly (de Lyon).

Puis M. Joal annonce qu'il a reçu des lettres de candidature.

Au titre de Membres titulaires :

M. Belliard (Lyon), présenté par MM. Lubet-Barbon et A. Martin.

M. Gellé (Paris), présenté par MM. Cartaz et Lannois.

M. Guillaume (Reims), présenté par MM. Moure et Joal.

M. Hamon du Fougeray (Le Mans), présenté par MM. A. Martin et Joal.

M. Helme (Paris), présenté par MM. Combe et Raugé.

M. Jacquin (Reims), présenté par MM. Luc et A. Martin.
M. Mendel (Paris), présenté par MM. Luc et Joal.
M. Mounier (Paris), présenté par MM. Moure et Joal.
M. Molinié (Marseille), présenté par MM. Garel et Joal.
M. Raoult (Nancy), présenté par MM. Moure et Martin.
M. Vergniaud (Brest), présenté par MM. Moure et Thomas.
M. Weissmann (Paris), présenté par MM. Lubet-Barbon et Martin.

Au titre de Membres correspondants étrangers :

MM. Aresé (Bilbao), Bronner (Bradford), Capard (Bruxelles), Delstanche (Bruxelles), Egidi (Rome), Fasano (Naples), Gradenigo (Turin), Heryng (Varsovie), Hopmann (Cologne), Kafemann (Kœnigsberg), Lubliner (Varsovie), Masini (Gênes), Michael (Hambourg), Przedborski (Lodz), Sajous (Philadelphie), Schmidt (Francfort-sur-le-Mein), Schmithuisen (Aix-la-Chapelle), Secchi (Bologne), Sokolowski (Varsovie), Strazza (Gênes), Timowsky (Nice).

Une Commission composée de MM. Garel, A. Martin et Noquet est nommée par le Président à l'effet d'examiner les titres des candidats et de faire un rapport sur les mémoires adressés à la Société.

La parole est donnée ensuite aux rapporteurs pour la lecture de leurs travaux :

TRAITEMENT DES POLYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES

Par M. le Dr **DELIE** (d'Ypres).

Dans l'exposé des diverses méthodes de traitement des polypes muqueux du nez, il n'est plus permis de s'arrêter à l'examen des procédés basés sur l'emploi des poudres et des liquides astringents ou caustiques tels que l'alun, le tanin,

le perchlorure de fer, le sulfate de zinc, etc., ainsi que du nitrate d'argent fondu, dont les résultats se manifestent avec une lenteur désespérante, sont peu durables, voire même illusoires et nuls. Les solutions alcoolisées, que certains auteurs introduisent au moyen d'une seringue hypodermique spéciale à l'intérieur des polypes, dans le but d'en obtenir la disparition par ratatinement, ne sont guère dignes non plus de mention. Le rhinologiste qui veut débarrasser ses malades de polypes nasaux doit s'adresser aux manuels opératoires faciles, rapide et d'une efficacité incontestable. Deux procédés réunissent ces qualités : l'*arrachement* et l'*excision*.

Avant d'user de l'un de ces moyens chirurgicaux, il convient : 1° de désinfecter la cavité nasale par une irrigation ou pulvérisation antiseptique ou aseptique non irritante (eau boriquée, salolée ou simplement eau bouillie); 2° d'avoir sous les yeux le champ opératoire bien éclairé et bien accessible. Après avoir, par l'application du *speculum nasi*, dilaté la narine dans toute la mesure du possible, un jet lumineux sera projeté dans la cavité nasale, soit d'une manière réfléchie par le miroir frontal ou un foyer électrique, soit directement au moyen d'une lampe électrique frontale. C'est la manière la plus commode parce qu'elle laisse à l'opérateur ses deux mains libres et n'exige pas l'intervention du malade. Une seconde façon d'éclairer la cavité nasale consiste à placer dans le naso-pharynx une petite lampe électrique; mais ce procédé doit être réservé pour rechercher avec précision le lieu d'insertion des pédicules polypeux. Si une hypertrophie des cornets empêchait une large vue dans la cavité nasale, on pourrait essayer de la réduire extemporanément au moyen de la cocaïne. Celle-ci peut même être employée pendant tout le cours de l'opération chez les personnes sensibles afin d'écarter l'élément douleur. Il est bien rare que l'on doive procéder à une opération préalable, telle que la cautérisation ou l'ablation d'un cornet hypertrophié, l'élimination d'une crête ou d'une déviation de la cloison nasale.

1° *Arrachement.* — Les grandes pinces droites ou courbes qui prenaient les polypes dans leurs mors et qui, pour opérer l'arrachement, nécessitaient le déploiement d'une force plus ou moins aveugle, sont totalement abandonnées aujourd'hui. Leur maniement provoque une douleur affreuse, fait naître des hémorragies parfois inquiétantes, nécessite des séances longues et répétées; il est peu efficace parce qu'il ne permet jamais de débarrasser le nez des petits polypes logés du côté de la voûte nasale; il peut même être dangereux parce qu'il est impossible à l'opérateur de limiter l'action des pinces. On a arraché des lambeaux de muqueuse très étendus et même des fragments de cornets.

2° *Excision.* — Cette méthode laisse le choix entre les *pinces coupantes*, la *ligature extemporanée* et la *galvano-caustique*.

a) *Pinces coupantes* : Ce sont des curettes tranchantes doubles, pleines ou fenêtrées, véritables ciseaux coudés. Si le tranchant est un peu émoussé, la partie saisie n'est plus nettement coupée, mais une légère traction amène le polype avec une facilité variable suivant la nature et la consistance de la tumeur à opérer. Les pinces sont peu recommandables pour les grands polypes pédiculés, mais elles rendent des services signalés dans l'ablation des petits polypes multiples qui obstruent la voûte nasale; elles sont avantageuses dans les cas d'hypertrophie ou de dégénérescence polypoïde de parties plus ou moins étendues de cornets moyens et supérieurs, ainsi que dans le traitement des polypes sessiles à large base, mais trop peu élevés pour être saisis convenablement par le serre-nœud.

b) *Ligature extemporanée* : On fait usage de serre-nœuds coudés à plusieurs anneaux; les fils sont en fer, acier, laiton ou cuivre. Le serre-nœud à canal simple s'allie le mieux à un fil mince et très malléable pour sectionner complètement la partie saisie. Les instruments à lumière double emprisonnent fortement la portion du pédicule engagée dans l'anse et nécessitent souvent l'arrachement pour compléter l'opération. Avant d'opérer, il est utile de recourir à la sonde pour isoler

le polype, dépister le pédicule et son lieu d'insertion. La grandeur de l'anse du fil sera proportionnée au plus grand diamètre de la tumeur. Par un mouvement de rotation de la partie libre de l'instrument dans laquelle court le fil, on donne à l'anse la disposition ou la direction qui facilitera l'engagement et l'emprisonnement du polype ; on introduit le polypotome ainsi armé dans la cavité nasale et. par des tâtounements prudents et mesurés. on engage le néoplasme dans l'anse. Si les dimensions du polype sont trop fortes, on opère par morcellement. Il peut être avantageux dans ces cas d'appliquer, pour réduire les polypes muqueux, le procédé du massage avec ou sans ponctions ou incisions préalables, que notre confrère M. le Dr Wagner a le premier appliqué, au moyen des doigts, dans le pharynx nasal. Dans la section du pédicule, pour éviter l'hémorragie, il convient de faire rentrer l'anse par petites étapes successives ou bien d'une manière lente et continue. La méthode mixte mise en usage par le serre-nœud à lumière double est plus douloureuse que sa congénère; elle expose à des pertes de sang plus notables, mais elle possède le grand avantage d'être radicale, en ce sens que le polype est souvent enlevé avec tout le pédicule, bien au delà de la partie prise dans l'anse. L'hémorragie qui accompagne ces divers procédés de ligature extemporanée dépend surtout du degré de vascularisation des polypes : elle est en raison directe de la grandeur du pédicule, de la précipitation mise dans l'extraction du néoplasme et du nombre de canaux de l'instrument; elle est en raison inverse de l'épaisseur du fil employé. Dans les cas où la perte de sang est minime on pousse l'opération le plus loin possible en une seule et même séance ; si l'hémorragie est assez sérieuse pour empêcher la parfaite réapplication de l'instrument, il faut intervenir.

Hâtons-nous de dire, toutefois, qu'une hémorragie même forte est très rarement dangereuse; elle s'arrête souvent d'elle-même. Une perte de sang est loin d'être nuisible à des personnes sujettes à des céphalalgies ou à des congestions cérébrales actives ou passives; je dirai même qu'un certain

écoulement de sang est utile pour prévenir l'irritation inflammatoire qui suit l'opération. S'il convient d'arrêter la perte du sang, il faut essayer d'abord une irrigation avec de l'eau chaude (40 à 50°) ou de l'eau tiède légèrement chloroformée ; l'eau froide simple ou additionnée de perchlorure de fer est préconisée par certains auteurs. Si l'hémorragie persiste, on peut exercer sur la partie saignante une compression au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile ou de gaze désinfectée, soit sec, simple ou styptique, soit trempé dans une solution d'antipyrine à 1/5, dans de l'eau de Pagliari, etc. Il est rare qu'on doive recourir au tamponnement antérieur complet de la fosse nasale par l'introduction successive de mèches désinfectées. Le tamponnement postérieur est à rejeter à cause des dangers d'inflammation qu'il entraîne avec lui. Il ne constituera donc qu'un moyen *in extremis*.

c) *Galvanocaustique* : Dans le but de prévenir les hémorragies d'une manière plus radicale, on a substitué à l'anse froide l'anse galvanocaustique. Les fils employés sont en acier ou en platine ; les premiers moins coûteux embrassent plus facilement le polype. Par l'intermédiaire du rhéostat on règle la quantité unique et toujours égale d'électricité qui chauffera l'anse du fil ; il convient de mesurer l'intensité du courant, non sur la grande anse que l'on introduit pour saisir le polype, mais sur une petite anse se rapprochant comme dimension de celle qui pourrait embrasser le pédicule de la tumeur après sa constriction : on évitera ainsi la destruction du fil, ce qui ferait manquer l'opération. Le fil ne doit être porté qu'au rouge sombre ; à ce degré de chaleur il sectionne parfaitement les polypes et constitue en même temps un moyen préventif contre l'hémorragie. La façon de saisir le pédicule le plus haut possible est identique à celle de l'anse froide : on ne laisse passer le courant qu'après avoir fortement serré le pédicule. Celui-ci est sectionné net à l'endroit saisi ; s'il est trop large, il peut être avantageux de ne le sectionner qu'en plusieurs fois. On opère alors avec une faible dose d'électricité ; on rétablit le

courant par intervalles après avoir chaque fois fait rentrer graduellement l'anse du fil. Si la galvanocaustique atténue la douleur et supprime la perte de sang, elle présente l'inconvénient d'augmenter le nombre d'introductions de l'instrument. Mais cette perte de temps est largement compensée par l'absence d'hémorragie, qui prolonge ou oblige à surseoir à l'opération.

Si l'on a affaire à des polypes isolés et pédiculés, les différents modes d'excision permettent d'enlever complètement les tumeurs; mais dans un grand nombre de cas, quand les polypes sont petits et multiples, qu'ils obstruent la voûte et le méat supérieur ou qu'il s'agit de dégénérescence polypoïde des cornets supérieur et moyen, il faut, pour achever l'extraction ou la destruction des néoplasmes, avoir recours aux pinces coupantes déjà décrites ou bien aux différentes espèces de *racles*. Les racles ordinaires pour les fosses nasales sont étroites et de préférence fenêtrées; elles sont montées sur des tiges malléables de manière à pouvoir leur imprimer la direction la plus favorable à l'ablation facile des productions pathologiques. Il faut racler avec une certaine énergie sous l'action de la cocaïne. La douleur n'est d'ailleurs provoquée que par l'attouchement des parties saines; la perte de sang est toujours minime. Les racles galvanocaustiques, de dimensions beaucoup plus petites que les racles ordinaires, peuvent s'engager plus facilement dans les espaces qui entourent le cornet supérieur; elles présentent en outre le double avantage de ne pas exposer à un écoulement sanguin et d'être un excellent agent de cautérisation. Après chaque séance opératoire il est absolument iudiqué, avant le départ du sujet, de faire un lavage minutieux des fosses nasales avec un liquide désinfectant tiède. Certains auteurs préconisent même d'insuffler du côté de la voûte nasale une poudre désinfectante, telle que l'acide borique porphyrisé, l'aristol, le dermatol, etc., etc. D'autres introduisent dans le nez un tampon imbibé d'une solution de bleu de méthylène.

Pour ce qui est des *soins consécutifs*, le malade fera tous

les jours un ou plusieurs lavages du nez au moyen des préparations aseptiques ou antiseptiques déjà mentionnées. Il se servira soit de l'irrigateur-siphon automatique, soit d'une seringue en caoutchouc manœuvrée par la main, soit d'un simple pulvérisateur.

Les malades qui ne peuvent se procurer ces objets se contenteront de renifler une grande quantité de liquide en prenant la précaution de tenir la tête baissée pendant l'opération afin d'irriguer les parties supérieures des fosses nasales.

Le traitement consécutif consiste dans la destruction des pédicules; plus celle-ci est énergique, et plus elle sera efficace et durable.

L'absence ou l'éloignement des récidives est à ce prix : *il faut cautériser*. Parmi les moyens généralement employés nous trouvons le chlorure de zinc, le nitrate d'argent solide, l'acide chromique fondu et principalement le galvanocautère.

Après les cautérisations au nitrate d'argent, il sera bon de laver le nez ou du moins de badigeonner les parties supérieures des fosses nasales avec une solution de chlorure de sodium.

Les cautérisations à l'acide chromique sont très puissantes et méritent de retenir un instant notre attention. L'acide est fondu sur des tiges en argent; il se solidifie par refroidissement. Afin d'éviter dans le nez des cautérisations inutiles et nuisibles créées par les liquides sécrétés charriant l'acide chromique qu'ils ont dissous au passage, afin de prévenir l'écoulement de ces liquides dans le pharynx nasal et d'éviter les nausées et les vomissements que cet écoulement peut provoquer, j'ai l'habitude d'introduire dans le nez, au niveau du méat moyen, une longue mèche d'ouate hydrophile désinfectée dans laquelle se trouve enroulé du bicarbonate de soude; je la retire quelques minutes après la cautérisation. D'autres rhinologistes se contentent de faire pencher fortement en avant la tête du malade et d'instituer consécutivement une irrigation nasale d'eau bicarbonatée à 8 °/₀₀ ou d'insuffler simplement de la poudre de bicarbonate de soude.

Les cautérisations les plus profondes et les plus faciles sont incontestablement celles que produit le galvanocautère; elles sont souveraines; de tous les inconvénients inhérents à la cautérisation, elles ne conservent que la douleur; celle-ci se manifeste surtout quand on dépasse le terrain morbide et se prononce sous la forme lancinante, s'irradiant vers le front, la face et les dents. Le seul moyen préventif consiste dans l'application de cocaïne. Il y a des sujets nerveux et impressionnables qui, dans le cours d'une extraction de polypes ou d'une cautérisation, sont pris d'éternuement, de larmoiement, voire même de nausées, de vomissement et de syncope; il faut alors surseoir à l'opération ou obliger l'opéré à garder la position couchée.

Un des phénomènes consécutifs constants d'une intervention quelconque — mais principalement d'une cautérisation — et qui persiste pendant quelques jours consiste en une sécrétion abondante de liquide parfois sanguinolent et purulent. L'emploi du galvanocautère expose surtout à la production de véritables exsudats fibrineux qui persistent pendant huit, dix et quinze jours sans provoquer de phénomènes inquiétants. L'érysipèle du nez et de la face est devenu très rare, à cause des moyens multiples de désinfection que tout opérateur consciencieux met en pratique soit sur lui-même, soit dans les instruments, soit dans les liquides employés. Cependant il se présente encore des cas où la réaction est vive et s'accompagne de prostration, d'anorexie et de fièvre; ces phénomènes sont passagers et ne demandent que des soins hygiéniques.

Parmi les moyens curatifs des polypes nous ne mentionnons pas l'électrolyse, parce qu'elle fait perdre un temps précieux et que ses effets sont inférieurs à ceux des moyens que nous avons indiqués.

Le *pronostic* du traitement des polypes est très variable; les grands polypes isolés permettent d'espérer une guérison durable. Quand les polypes sont multiples et développés et que leur extraction laisse une cavité nasale d'une étendue considérable, il peut se manifester un véritable ozène post-

opératoire avec pharyngite concomitante. Cet état pathologique très désagréable persiste jusqu'à ce que la muqueuse des cornets, aplatie, quasi atrophiée par la compression, ait récupéré sa vitalité et son volume primitifs, ou bien que la capacité de la cavité nasale soit redevenue normale grâce au développement progressif de nouvelles néoplasies polypeuses. Dans ces cas, je me suis demandé s'il ne valait pas mieux rejeter une opération radicale et se contenter de débarrasser le malade des polypes les plus volumineux, de façon à rétablir la respiration nasale; il faut alors surveiller le sujet et recourir à une opération partielle chaque fois que la gêne respiratoire ou le nasonnement indiquent le développement excessif des tumeurs négligées. Des récidives surviennent dans les cas de polypes nombreux de la voûte, malgré une extraction radicale suivie d'une cautérisation énergique, manœuvre qui aurait pu cependant faire espérer une guérison complète Mackenzie recommande dans les cas rebelles d'enlever non seulement une partie de la muqueuse, mais même tout le cornet, foyer de la repullulation. Cette opération se pratique soit avec la pince ou la gouge tranchante, soit avec l'anse galvanocaustique.

Il est prudent d'engager les malades qui sont sujets à des récidives à se faire examiner tous les trois mois.

Il ne faut pas perdre de vue que si les polypes sont cause de complications inflammatoires du côté des divers sinus, les maladies de ces cavités nasales accessoires peuvent provoquer réciproquement et entretenir la production de néoplasies polypeuses sur les divers cornets.

TRAITEMENT DES POLYPES MUQUEUX ET FIBRO-MUQUEUX DU PHARYNX NASAL

Par le Dr **WAGNIER** (de Lille).

L'étude du traitement des polypes muqueux naso-pharyngiens se confond dans la plupart des auteurs avec

celle des polypes des fosses nasales et cette localisation particulière n'a pas dans les traités la place à laquelle lui donnent droit son importance et les difficultés inhérentes à cette situation même. Il semble en les lisant que les procédés ordinaires d'extirpation des polypes muqueux du nez doivent trouver leur application à ceux qui occupent la cavité nasopharyngienne. Cependant il est des auteurs qui dans l'exposé de la technique opératoire ont insisté avec force sur les difficultés qu'offre cette extirpation (Stœrck, Moldenhauer), et je n'ai qu'à faire appel aux souvenirs de chacun des membres de cette assemblée pour établir que c'est à juste titre qu'ils ont montré les obstacles que l'on rencontre, dont on ne triomphe, quelque habileté que l'on ait, qu'avec quelque peine, et qui exigent de la part du malade beaucoup de patience et de confiance.

C'est pourquoi, laissant à mon excellent corapporteur la tâche de s'occuper des polypes nasaux proprement dits, j'ai cru qu'il y avait lieu d'étudier à part le traitement des polypes du pharynx nasal.

La pratique rhinologique moderne a montré que cette localisation est loin d'être rare et que si les auteurs anciens en font si peu mention, c'est que la plupart du temps elle passait inaperçue au grand préjudice des malades.

Nous découvrons ces polypes quand nous sommes consultés pour des cas d'obstruction nasale ou lorsque, sans que le malade attire beaucoup l'attention de ce côté, le praticien, mis en éveil par la connaissance des réflexes nasaux et en particulier de l'asthme nasal, nous prie d'examiner les premières voies respiratoires. Et à ce propos qu'il me soit permis de rappeler que, dès 1882 et antérieurement au travail de Hack, notre distingué secrétaire, M. Joal, a établi les rapports de l'asthme avec les polypes du nez.

Il peut même arriver qu'on les rencontre alors que le malade possède une respiration nasale suffisante. Ce fait n'est pas rare et, à ce point de vue comme pour tout le reste, nous agissons sagement en pratiquant la rhinoscopie postérieure chez tous nos malades. Les utiles constatations que

l'on fait au cours de cette exploration souvent difficile et fastidieuse compensent largement la peine qu'elle donne. En particulier chez les sujets où la rhinosopie antérieure montre l'existence de polypes, il est indispensable de rechercher avant toute intervention s'il n'y a pas de masse polypeuse naso-pharyngienne, soit prolongement d'une tumeur nasale, soit développée *in situ*. On obtient ainsi les renseignements les plus utiles pour l'opération à entreprendre et qu'il sera difficile de se procurer au cours de l'intervention. Si, par exemple, on trouve à l'entrée des fosses nasales un polype volumineux paraissant unique avec plus ou moins de prolongements; si, le palpant avec le stylet, l'écartant, le soulevant, on n'en voit pas la limite postérieure; si en même temps on trouve un prolongement choanal volumineux ou non qui suit les mouvements de traction communiqués à la partie antérieure, il y a grande présomption pour qu'on se trouve en présence d'un gros polype unique et qu'on ait chance d'enlever d'un seul coup toute la masse. Il faut donc en ce cas employer un procédé qui permette d'espérer cette heureuse éventualité.

Dans cette courte étude, je ne séparerai pas le traitement des polypes muqueux proprement dits de celui des polypes fibro-muqueux; ces dernières tumeurs ne se distinguent pas d'une façon bien nette des myxomes proprement dits au point de vue de la structure, et les cas les plus typiques de ces deux affections se rapprochent par leur forme, leur insertion, leur marche clinique et leurs effets locaux et généraux. En effet, les polypes muqueux dont on reconnaît la présence dans le pharynx nasal, qu'ils aient leur point d'attache dans les fosses nasales proprement dites, ou qu'ils s'insèrent au pourtour des choanes, ou sur l'extrémité postérieure du cornet moyen, ont en général un pédicule bien plus mince, une texture bien plus dense, une surface moins lisse; ils offrent à la palpation une résistance bien plus grande que ceux des fosses nasales, et par là se rapprochent beaucoup des fibro-myxomes types.

Ceux-ci, bien connus depuis le premier cas qui en a été

publié en 1869 par Legouest, et qui, malgré leur bénignité, ont été parfois l'occasion d'opérations graves, se présentent généralement sous la forme de tumeurs arrondies, lisses, ayant rarement des prolongements et s'insérant par un pédicule mince; elles sont très mobiles dans la cavité tant qu'elles ne la remplissent pas complètement, n'occasionnant d'autre gêne que celle que produit l'obstruction et ne causant ni difformité, ni douleur, ni hémorragie, ni le plus souvent la surdité. Ce genre de tumeur diffère donc à tous égards du fibrome proprement dit avec son énorme puissance de développement, sa tendance aux hémorragies, sa prédilection presque exclusive pour le sexe masculin et pour l'âge de onze à vingt-cinq ans (ce qui n'existe pas dans le fibro-myxome), son mode d'implantation, etc.

Nous nous bornerons à ces indispensables considérations d'ordre pathologique, et notre rapport ayant pour but le traitement opératoire, nous aborderons immédiatement notre sujet.

Je n'ai pas à revenir sur la description des méthodes générales employées pour l'ablation des polypes muqueux; elles ont trouvé leur place dans l étude du traitement des polypes occupant les fosses nasales proprement dites. Je désire seulement insister sur les moyens de les mettre en usage dans la cavité nasopharyngienne.

Si les méthodes anciennes d exsiccation, de compression, etc., méritent à peine une mention quand il s'agit des polypes du nez, à plus forte raison sont-elles inapplicables pour ceux qui nous occupent. Nous y joindrons l'injection interstitielle et l'électrolyse dont rien ne justifierait l'emploi.

Les deux méthodes principales employées dans la rhinologie moderne pour l'extirpation des polypes du nez sont : la ligature extemporanée et l'arrachement. La première, si on la considère comme agissant par section de la tumeur au point saisi, est rarement applicable aux polypes nasopharyngiens parce qu'elle exige, sous peine de récidive, que le fil qui opère la discision agisse sur le point d'insertion du pédicule. Elle est souvent réalisable dans les fosses nasales

et, pour ma part, je préfère en ce cas que le fil soit galvanique. On a considéré à tort, selon moi, l'anse galvanique comme moins maniable que l'anse froide; elle sectionne sans effort, sans hémorragie, et elle cautérise en même temps le point d'insertion d'une façon beaucoup plus parfaite qu'on ne pourrait le faire ultérieurement après l'ablation à l'anse froide.

Mais, dans les polypes nasopharyngiens, il est presque toujours impossible d'agir de la sorte; lorsqu'on cherche à remonter jusqu'au pédicule on est arrêté par l'étroitesse des fosses nasales profondes, par le volume souvent considérable, la conformation, le mode d'insertion des tumeurs. Par l'excision, soit à l'anse froide, soit à l'anse galvanique, on n'amène le plus souvent qu'une portion du néoplasme; il faut saisir de nouveau ce qui reste pour porter plus haut une nouvelle section plus difficile à exécuter que la première, et l'on ne parvient à détacher le pédicule qu'en faisant un mouvement de traction brusque. C'est donc de l'arrachement, et si je suis partisan de l'emploi de l'anse métallique en ces cas, c'est que je ne la considère que comme une pince d'une forme particulière, plus aisée à manier et à mettre en place. Donc, en ce qui concerne les polypes mous nasopharyngiens, la ligature extemporanée se confond avec la méthode par arrachement et ne peut guère en être séparée. C'est l'arrachement qui est seul applicable, qu'on attaque les néoplasmes par la voie nasale ou buccale.

La cautérisation galvanique a été employée également, et à moins qu'elle ne puisse servir à sectionner un pédicule visible (Moure), on ne pourrait avec son aide que détruire bien lentement un polype un peu volumineux. Elle a été plus judicieusement préconisée comme opération préparatoire à l'effet de diminuer le volume du néoplasme et pour permettre de le saisir ensuite. Dans ce but, je lui préfère la méthode que j'ai préconisée devant vous il y a deux ans et qui consiste dans la malaxation douce et méthodique au moyen du doigt introduit derrière le voile palatin.

Je considère cette malaxation préalable comme inoffen-

sive et très utile en ce qu'elle produit rapidement une diminution de volume même dans le cas de fibro-myxomes assez durs. Depuis mes premiers essais, je lui ai dû plusieurs succès nouveaux que j'ai communiqués l'année dernière à la Réunion des Oto-Laryngologistes belges, et d'autres encore depuis cette époque.

On a pu extirper d'abord un fragment visible par la narine la moins obstruée et, le volume de la tumeur étant ainsi diminué, saisir la partie principale (Chatellier).

Il peut y avoir aussi utilité à chercher à augmenter le calibre de la voie nasale par quelque opération préalable telle que la section de brides cicatricielles qu'on rencontre parfois, et qui peuvent résulter de ce que les polypes ont été traités antérieurement par l'arrachement exécuté à l'aveugle au moyen de la pince ainsi que cela se pratique encore trop souvent; telle encore que la résection d'une saillie de la cloison. Ces opérations sont sans gravité et loin de laisser après elles une difformité ou une infirmité, elles procurent au malade un soulagement appréciable en facilitant la respiration nasale après l'ablation du polype. Il n'en est pas de même de la division du voile du palais, opération préliminaire qui a presque toujours été employée dans les observations de fibro-myxomes que nous possédons émanant de chirurgiens. Cette division ne paraît pas avoir d'importance à leurs yeux; je ne partage pas cet avis, et je crois, de plus, que ce délabrement n'est jamais nécessaire pour arriver à faire l'ablation complète de ces tumeurs bénignes.

L'opération se pratique par la voie nasale ou buccale exclusivement, ou bien on combine les deux voies.

Par la voie nasale, il est rare qu'on puisse se servir de pinces, et l'on emploie le plus souvent l'anse métallique. Le serre-nœud étant muni d'un fil un peu fort et élastique, on conduit l'anse parallèlement à la cloison jusqu'au pharynx nasal. Là, par de légers mouvements de rotation et d'abaissement de l'anse, on cherche à y faire pénétrer la tumeur, ce qui n'est pas toujours facile; puis on s'efforce, sans la faire sortir de l'anse, sans fausser celle-ci, de remonter le

plus possible vers le pédicule. On serre alors doucement le fil métallique. Si l'on croit être arrivé à l'insertion du pédicule, c'est à-dire si, l'anse fermée, il est impossible de lui faire exécuter aucun mouvement sans entraîner toute la tête, on fait la section. Mais si la tumeur n'a été saisie que partiellement il faut faire une traction un peu brusque, qui bien souvent aura pour effet de détacher le polype tout entier qui sera entraîné par les fosses nasales ou rejeté par la bouche. Mais il peut arriver, il arrive souvent, que la forme ou la position de la tumeur ne permette pas de la saisir même partiellement et que l'anse glisse à sa surface sans rien enserrer. C'est pour ces cas que j'ai recommandé le procédé suivant : dès que le fil est en contact suffisant avec le polype, faire passer le courant galvanique avec une très légère traction de l'anse, de façon qu'on ne coupe pas la partie saisie mais qu'on y établisse une sorte de collet qui permette un mouvement de traction de tout l'instrument en avant.

Le succès de cette manœuvre depend de la consistance de la tumeur et de la faiblesse du pédicule; mais nous savons que ces deux conditions sont habituellement réunies non seulement dans les fibro-myxomes, mais même dans les myxomes développés dans la cavité nasopharyngienne.

La difficulté parfois extrême qu'on rencontre pour la mise en place de l'anse a amené à modifier la forme du porte-anse, à le faire à charnière (Rethi), etc., et à recourir à des moyens auxiliaires tels que l'introduction du doigt derrière le voile du palais. Ce dernier moyen ne donne guère de bons résultats que lorsqu'on amène largement l'anse dans la bouche de façon à la bien reformer avant de la placer autour de la tumeur.

Cette manœuvre se fait pour les polypes volumineux au moyen de la sonde de Belloc déjà recommandée dans ce but par les anciens auteurs et que l'on glisse le long du plancher de la fosse nasale correspondante au pédicule, si celui-ci a pu être reconnu, ou, sinon, par celle qui s'est obstruée la première, et l'on fixe dans son œillet parvenu dans la bouche les deux extrémités libres du fil métallique

que l'on ramène par le nez à l'extérieur. On conduit alors l'anse soit avec un seul doigt en la faisant passer dans la rainure sous-unguéale, soit avec deux doigts, et on la porte jusqu'autour du pédicule de la tumeur. Si le mouvement a été bien exécuté, il ne reste plus qu'à mettre les deux extrémités libres du fil dans un serre-nœud et à opérer la section ou l'arrachement.

Comme on n'est pas certain de placer l'anse convenablement à la première tentative, on recommande d'attacher un fil à la partie moyenne de l'anse pour pouvoir la ramener dans la bouche si un premier essai n'a pas abouti. Goris (de Bruxelles) a fait construire, dans le but de mettre en place l'anse amenée dans la bouche, un instrument imité du porte-lacs de Hiernaux et qui pourra être utilement employé.

Les difficultés que je viens d'exposer ont amené Lange (de Copenhague) à se servir d'un instrument qui consiste en une longue tige droite montée sur un manche et terminée par un crochet mousse. L'index de la main gauche introduit derrière le voile du palais fixe la tumeur pendant que de la main droite on conduit l'instrument le long de la cloison jusqu'au polype que l'on cherche à saisir par son pédicule On tire alors le crochet, l'extrémité dirigée en bas, pendant que l'index gauche refoule le polype dans la choane, jusqu'à ce que son insertion se rompe. J'ai essayé plusieurs fois le crochet de Lange et j'ai réussi dans un cas d'étroitesse excessive de la fosse nasale en avant.

Il semble, au premier abord, qu'il soit beaucoup plus simple d'extraire par la bouche les polypes du naso-pharynx, et cependant la plupart des spécialistes préfèrent la voie nasale. C'est qu'en pratique cette dernière conduit mieux au but et qu'elle est surtout moins pénible pour le malade.

Par la voie buccale on peut également employer l'anse en se servant d'un porte-fil recourbé, l'anse elle-même étant fortement fléchie en avant; elle est destinée à passer entre le voile du palais et la tumeur pendant que le porte-fil suit la courbure de la paroi postérieure du pharynx.

Si par la voie buccale on peut après cocaïnisation, et en

s'aidant soit d'un rétracteur du voile que l'on confie à un aide ou au malade lui-même, ou mieux en employant un releveur fixe comme celui de Moritz Schmidt ou élastique comme celui de Hopmann ; si on peut ainsi s'aider de la vue pour placer l'anse, il est, en revanche, bien difficile de la faire remonter jusqu'au pédicule. Il faudra le plus souvent se servir de l'anse ici encore comme instrument d'arrachement.

Par la voie buccale, on emploie le plus souvent soit la pince de Museux, soit l'une des nombreuses pinces nasopharyngiennes qui ont été construites. A moins de nécessité particulière, il faut les préférer non coupantes. Pour agir plus efficacement sur le pédicule, il est bon de placer deux doigts de la main gauche vers le voile du palais et de s'en servir pour pousser de haut en bas l'extrémité pharyngienne de la pince une fois qu'elle a saisi le polype.

Les pinces nasopharyngiennes passées dans l'anse introduite par le nez ou par la bouche ont été utilisées pour fixer le polype, aider à mettre le fil métallique en place et empêcher la tumeur de tomber dans la gorge ; cet accident ayant, dans quelques cas, pu faire courir à l'opéré un véritable danger.

On les a utilisées aussi pour exercer l'écrasement employé soit comme méthode unique de traitement, soit pour permettre, après diminution de volume, une préhension plus facile (Stœrck).

L'arrachement de tumeurs volumineuses a été pratiqué à l'aide des mains seules (Zaufal) ou avec le doigt armé d'un ongle métallique (Bonnet), et j'ai moi-même extirpé, l'an dernier, un fibro-myxome volumineux de forme allongée que j'ai pu, après malaxation, enrouler autour de mon doigt.

L'hémorragie est rarement importante ; quand elle se produit, on emploie les mêmes injections que dans le cas de polype nasal ; mais si le tamponnement postérieur est rarement indispensable pour l'hémorragie suite d'ablation de polypes du nez, il peut être nécessaire de l'employer pour les cas qui nous occupent.

Voltolini a fait la compression en introduisant successivement dans la cavité plusieurs gros tampons d'ouate qu'il mettait en place avec une pince recourbée pendant que l'index de la main gauche rétractait le voile; le pharynx nasal complètement rempli, il pressait énergiquement le tampon avec la pince maintenue un quart d'heure et plus dans la gorge.

La complication post-opératoire la plus fréquente est l'inflammation de la trompe et des oreilles, surtout à craindre chez les sujets qui ont déjà souffert d'otite purulente et dont les tympans présentent des perforations ou des cicatrices. On l'évitera si l'on se garde des froissements violents et des contusions du cavum et du pavillon des trompes ainsi que des injections faites avec force.

Quelques lavages modérés à l'acide borique ou quelques pulvérisations antiseptiques sont utilement prescrite après l'évacuation des polypes.

Le résultat de l'opération est généralement très favorable; les tumeurs étant d'ordinaire finement pédiculées, il est fréquent que la rhinoscopie postérieure la plus minutieuse, pratiquée quelques jours après l'opération, ne permette plus de rien constater. S'il reste un pédicule visible, il y a lieu de le toucher au galvanocautère ou à l'acide chromique. Quand l'opération a été complète, il est rare qu'il y ait récidive.

DISCUSSION

M. Moure. — Tout en n'ayant que des félicitations à adresser au rapporteur, je trouve que M. Wagnier n'a pas assez insisté sur une particularité importante que présentent les polypes fibro-muqueux du naso-pharynx. Dans ces tumeurs, on rencontre souvent des anfractuosités kystiques. Si l'on saisit la production avec une anse froide qui la divise, on voit en général s'écouler une assez grande quantité de liquide séreux ou purulent; mais, en revanche, l'hémorragie est presque nulle. J'ai ainsi opéré, encore dernièrement, un enfant de douze ans dont la tumeur remplissait tout le cavum naso-pharyngien. Tout s'est bien passé; l'opération a amené très peu de sang; en revan-

che, il s'est écoulé pas mal de sérosité et le petit malade a guéri. J'avoue, dans ces cas, opérer presque toujours par les fosses antérieures après cocaïnisation de la muqueuse.

M. Garel. — A propos des hémorragies consécutives à l'ablation des polypes, j'ai remarqué depuis longtemps que l'écoulement sanguin s'arrêtait aussitôt si l'on faisait moucher le malade. C'est là un point de pratique qu'il convient de signaler. Quant aux polypes fibromuqueux du pharynx nasal, j'en ai opéré un certain nombre. Je cherche d'abord à saisir la tumeur en introduisant l'anse froide par les fosses nasales antérieures, ou bien j'essaie de faire sauter le polype à l'aide du doigt. Enfin, un procédé recommandable est celui dans lequel on a recours à la sonde de Belloc; on pousse ainsi avec l'anse, dans les fosses nasales, la tumeur que l'on peut alors saisir avec un crochet, et l'on termine l'opération avec la pince. Je n'emploie jamais l'anse galvanique que je considère comme un instrument infidèle et dangereux Pour les récidives des polypes muqueux, elles sont difficiles à prévoir et à éviter. Je traite en ce moment une malade qui, depuis longtemps, revient se faire opérer chaque année.

M. Vacher. — Je crois devoir vous signaler le cas d'une femme de soixante ans à qui j'ai enlevé en deux séances 42 polypes dont quelques-uns atteignaient la grosseur d'une cerise. L'écartement des ailes du nez mesurait 0,07 cent. J'ai enlevé ces productions à l'anse froide, puis touché les points d'implantation au galvanocautère. Il n'y a eu ni hémorragie, ni récidive. Depuis, l'odorat est en partie revenu.

M. Noquet. — Aux moyens signalés par M. Delie pour détruire les pédicules de polypes muqueux, il convient d'ajouter l'emploi de l'acide trichloracétique qui m'a rendu de grands services. Cet agent a sur l'acide chromique l'avantage de ne pas être toxique et de ne pas amener de réaction. La douleur qui suit son application cesse rapidement et peut être masquée par des badigeonnages pratiqués au préalable avec une solution forte de cocaïne. Au contraire, la douleur provoquée par l'acide chromique se fait encore sentir très souvent une demi-heure après l'attouchement; elle fait son apparition quand l'effet calmant de la cocaïne commence à s'atténuer. Enfin, avec l'acide chromique il faut s'attendre à voir la muqueuse nasale s'enflammer et sécréter abondamment pendant au moins huit jours. L'acide trichloracétique ne produit rien de semblable. Pour détruire les pédicules, je m'adresse de préférence au chlorure de zinc déliquescent; il est rare de voir des récidives après son emploi qui donne toutefois lieu à des douleurs assez vives.

M. Poyet. — Depuis longtemps j'ai renoncé à cautériser après l'ablation des polypes, ayant remarqué qu'ils récidivaient toujours. Je dois cependant ajouter qu'après avoir été extirpées plusieurs fois, les tumeurs finissent par ne plus se reproduire.

M. Lubet-Barbon. — On ne peut vraiment pas soutenir que les polypes du nez récidivent, mais on peut dire qu'il en pousse de nouveaux à côtés de ceux déjà enlevés. Aussi le curettage profond du méat moyen, après ablation des plus grosses productions, est-il un bon moyen de s'opposer à leur réapparition.

M. Bonain. — J'ai vu un polype du méat inférieur récidiver et résister à tous les traitements. J'ai dû me servir de la curette qui seule m'a donné un bon résultat.

M. Délie. — Je crois que le moyen anti-hémorragique préconisé par M. Garel et qui consiste dans l'action de se moucher, est le premier à employer; le malade, du reste, expulse instinctivement le bouchon sanguin qui obstrue la cavité nasale. Je me range à l'opinion de M. Lubet-Barbon, et pense que ce n'est pas le polype enlevé qui récidive. Ce sont des néoplasies nouvelles qui se forment dans le voisinage; on modifie le terrain de repullulation par le raclage et la cautérisation.

DU SURMENAGE VOCAL CHEZ LES CHANTEURS

Par le Dr **POYET**, ancien interne des hôpitaux.

Des deux fonctions que remplit le larynx, l'une, la respiration, peut jusqu'à un certain point être regardée comme purement passive; l'autre, la phonation, au contraire, est active et voulue en tant que parole articulée.

En termes simples, la respiration se fait inconsciemment et sans aucun effort appréciable pour l'ensemble du larynx, sans déperdition de force, par conséquent; tandis que la phonation nécessite une volonté qui met en action des forces musculaires.

De là, dépense, qui, si elle est répétée trop fréquemment, dans de mauvaises conditions d'hygiène surtout, peut amener des troubles fonctionnels portant soit sur le système nerveux,

soit sur le système vasculaire ou musculaire, dont l'ensemble constitue le surmenage vocal.

Chez le chanteur, le surmenage vocal peut être d'origine purement laryngée; c'est le cas le plus fréquent. Quelquefois, au contraire, il est d'origine respiratoire.

Commençons d'abord par dire que la résistance du larynx aux fatigues qu'on lui impose, n'est pas la même pour tous. Tel travail, tel exercice qui pour l'un ne sera qu'un jeu, sera pour un autre une véritable fatigue, sinon une impossibilité. Cela revient à dire que, comme tous les autres organes, le larynx est plus ou moins vigoureux, plus ou moins résistant, selon les individus, selon les âges, les sexes, et surtout selon l'entraînement dont il a été l'objet.

Il est des personnes qui peuvent fournir une somme de voix considérable et comme durée et comme volume. En général, le larynx de l'adulte est plus robuste et plus résistant que celui du vieillard ou de l'enfant; la voix de l'homme est plus puissante que celle de la femme. Quant à la question de la valeur de l'entraînement, elle est incontestable, et il suffit, pour s'en rendre compte, d'écouter un orateur, un comédien ou un chanteur. Ce n'est qu'après des études et des exercices vocaux et pulmonaires prolongés, méthodiques, qu'un chanteur peut chaque jour, pendant plusieurs heures, fournir un volume de voix assez timbrée et puissante pour se faire entendre de tout le public d'une salle qui quelquefois contient plusieurs milliers d'auditeurs.

Nous avons dit, il y a quelques instants, que le surmenage vocal n'était pas toujours d'origine laryngée, et qu'il peut être l'expression et la conséquence d'un surmenage respiratoire.

C'est ce qu'a bien dit notre éminent confrère le Dr Joal dans son livre intitulé : *De la respiration dans le chant.*

Après avoir établi dans son travail que, d'une part, une respiration puissante et habilement réglée et ménagée permettait seule au chanteur de régler l'émission de sa voix, il avance d'autre part, et cela avec raison, que la compensation vocale était indispensable au chanteur, entendant par

compensation vocale le rôle que joue la respiration dans l'acte de la tension des cordes vocales inférieures pour l'émission des sons.

Ce rôle de la respiration a été formulé d'une façon remarquable par Lermoyez que je tiens à citer textuellement : « Il n'y a pas seulement, quand on étudie la formation des notes, à tenir compte du degré de contraction musculaire qui correspond à une hauteur donnée, il importe de considérer au moins autant la pression exacte de l'air expiré à ce moment. »

Le surmenage vocal n'est en général observé et étudié que chez les professionnels de la voix, orateurs, avocats, prédicateurs, crieurs, comédiens, chanteurs.

Je ne veux pas dire par là que ce soient eux seulement qui sont exposés aux affections qu'entraîne le surmenage vocal, car on a assez souvent l'occasion de l'observer chez des commerçants, des industriels, et même chez de simples particuliers, qui pour une raison ou pour une autre font travailler leur larynx d'une façon exagérée.

Je veux dire que le plus souvent, chez ceux-ci, l'affection passe inaperçue, tandis que le professionnel ayant besoin d'une voix pure et solide, c'est l'intéressé lui-même qui appelle l'attention du médecin sur son organe malade.

A quels symptômes fonctionnels et objectifs reconnaîtrons-nous donc un larynx surmené ?

Dans quelles conditions un chanteur va-t-il trouver un médecin pour faire soigner sa voix, alors qu'aucune douleur, aucun trouble général, le plus souvent, ne le pousse à cette démarche ?

Voici d'ordinaire comment se passent les choses. Le sujet est un élève, le plus souvent un jeune, ou un artiste faisant ou ayant déjà fait une carrière, qui vient vous trouver parce que ses moyens vocaux baissent et qu'il ne songe pas à mettre sur le compte de l'âge et de la déchéance physique une perte de moyens qui lui amène des accidents et des déboires.

Dans le premier cas, voici en général ce que vous dit le

malade : « Je suis élève chanteur, et, depuis quelque temps mon professeur trouve que ma voix perd de son timbre, de sa fraîcheur; et moi-même, je sens que je ne chante plus qu'avec une certaine gêne, avec difficulté.

» Lorsque j'ai commencé à travailler, je n'avais qu'à ouvrir la bouche pour que les sons sortent; aujourd'hui, je suis obligé de pousser, c'est-à-dire de faire un effort qui tout en me fatiguant ne me permet pas d'atteindre les résultats que j'obtenais facilement au début de mes études.

» J'éprouve une certaine gêne de la respiration qui me semble être plus courte; les muscles de mon cou sont devenus douloureux; la poitrine me fait mal en tel ou tel endroit. Je ne tousse pas, cela est vrai, mais je suis obligé de hemmer fréquemment; j'ai des chats et des mucosités qui me font détonner et chanter faux. »

Si vous interrogez ce malade, après avoir constaté le bon état de son organisme, vous apprenez alors ou qu'il chante depuis peu de temps, ou que par suite d'une ambition très louable, il s'est livré à des exercices vocaux d'une durée et d'une puissance invraisemblables, et cela sans se rendre compte qu'il fatiguait son larynx, d'abord par un travail exagéré, ensuite par un travail mal compris et sans méthode.

Il n'est pas rare de rencontrer des jeunes gens, hommes ou femmes, qui, croyant bien faire, travaillent leur voix en dehors de leur professeur et arrivent à chanter dans une soirée ou dans un jour la valeur de quatre et de cinq partitions.

Il est fâcheux pour ceux-là que la fatigue laryngée ne s'accuse pas par des phénomènes douloureux spasmodiques analogues à ceux qui caractérisent la fatigue des muscles des bras ou des jambes.

Quoi qu'il en soit, si vous examinez un de ces malades, voici ce que vous trouvez inévitablement :

D'abord, un pharynx rouge, le plus souvent granuleux et couvert d'un mucus abondant et adhérent à la paroi postérieure. Les piliers du voile du palais sont rouges, la luette allongée, tuméfiée, quelquefois opaline.

Au laryngoscope, les cordes vocales inférieures sont rosées, un peu grisâtres si le surmenage est de longue date; les bords libres en sont frangés de mucosités lactescentes; la rougeur porte surtout sur la partie antérieure des cordes, c'est-à-dire dans l'angle vocal.

Si le surmenage dure depuis un certain temps, surtout si le malade ne parle pas ou ne chante pas dans sa voix, ce qui est plus fréquent qu'on ne le suppose, on trouve un certain épaississement de la muqueuse, et dans ces cas le mal est presque irréparable. En effet, le surmenage chronique du larynx, après avoir déterminé une congestion permanente de la muqueuse et l'épaississement dont nous parlons plus haut, amène des dilatations variqueuses des vaisseaux et souvent des proliférations épithéliales localisées, d'où la formation, sur le milieu du bord libre des cordes, de nodosités bien décrites par Wagnier.

Ces petites nodosités, ces espèces de cors, pardonnez-moi la comparaison, siégeant presque toujours sur le milieu du bord libre des cordes, sont presque toujours symétriques et sont le point de départ d'accidents vocaux qui portent toujours sur le médium de la voix, surtout dans ce qu'on appelle la demi-teinte. Le malade peut encore chanter en force, mais il ne peut plus chanter en douceur.

Quand il essaie de le faire, on entend, en même temps que le son, un certain sifflement dû à l'air qui s'échappe entre les deux lèvres de la glotte incomplètement rapprochées.

Ce sont presque toujours des accidents de cette nature qui amènent chez le spécialiste les chanteurs qui ont déjà fourni une carrière. Bien qu'en général ceux-ci sachent très bien à quoi ils s'exposent en surmenant leur organe vocal, ils ne peuvent pas toujours éviter un travail exagéré qui les fatigue. Ils doivent, avant de chanter un rôle, le répéter pendant longtemps, quelquefois plusieurs heures par jour, alors que le soir même il faut qu'ils paraissent devant le public, et souvent dans un ouvrage dont la tessiture musicale n'a aucun rapport avec l'ouvrage qu'ils ont chanté ou répété plusieurs fois dans la journée.

Les grands artistes, c'est-à-dire ceux qui sont arrivés, connaissent bien les dangers que nous signalons ici ; aussi, après avoir pris connaissance d'un rôle, le refusent-ils plutôt que de compromettre leur organe. Ce sont là des précautions que ne peuvent prendre les artistes qui débutent ou que les nécessités de la vie entraînent et poussent.

En dehors des symptômes objectifs et fonctionnels laryngés qui caractérisent le surmenage vocal et que nous venons de passer rapidement en revue, il nous faut parler des différents symptômes généraux accusés par les malades, symptômes qui sont sensiblement les mêmes, que le surmenage soit purement laryngé ou d'origine respiratoire.

En général, le chanteur est un être nerveux toujours enclin à grossir les choses et pour lequel sa voix est *tout*.

Le moindre accroc vocal devient pour lui une véritable catastrophe, une véritable souffrance morale. Pour peu que cet accroc se répète ou devienne permanent, sa santé générale, son sommeil, sa nutrition, s'en ressentent, et il devient facilement neurasthénique.

Ordinairement, les accidents généraux n'atteignent pas cette intensité.

Le plus souvent les malades accusent tantôt une sécheresse pénible soit dans le pharynx, soit dans l'arrière-cavité nasale, soit une sensation de corps étranger dans le larynx, quelquefois une gêne et une douleur qu'ils localisent ou au niveau de la partie supérieure du sternum, ou dans les espaces intercostaux supérieurs, ou bien encore au niveau du diaphragme.

Tous signalent une production plus grande des mucosités laryngo-bronchiques, qui les incite à hemmer, à racler, dans l'espoir d'expulser une mucosité le plus souvent imaginaire.

Lorsque le surmenage laryngé n'en est encore qu'à sa première période, c'est-à-dire quand il n'a encore déterminé que l'hypérémie de la muqueuse, il s'accompagne toujours d'une sensation de cuisson, de brûlure, et d'une sécrétion assez abondante que le malade expulse par des efforts de toux qui revêtent quelquefois la forme coqueluchoïde.

Ces mucosités sont visqueuses, grisâtres, souvent piquetées de points noirs dus aux poussières inspirées.

Elles revêtent parfois la consistance du frai de grenouille ou de l'amidon cuit.

Le malade les expulse, quelquefois involontairement par un effort de hemmage ou de toux, sous forme de petits pelotons du volume d'un pois plus ou moins gros.

Lorsque la fluxion laryngée est un peu forte et les efforts de toux violents, on peut trouver dans le mucus quelques stries sanguines dues à la rupture de petits vaisseaux du pharynx ou du larynx supérieur.

A une période plus avancée du surmenage vocal, alors que la muqueuse des cordes a subi des modifications de structure, ces mucosités deviennent moins abondantes, mais elles sont plus tenaces ; elles tapissent et frangent le bord libre des cordes, s'accrochent en quelque sorte aux nodules que nous avons signalés, et sont alors le point de départ d'accidents vocaux bizarres.

Ces mucosités vibrent en même temps que le bord libre des cordes, pendant l'émission de la voix, et il se produit dans ces cas des dédoublements du son, des bitonalités qui font le désespoir des malades lorsqu'ils veulent faire des sons filés ou chanter dans la demi-teinte.

Le Dr Joal, dans son travail *De la respiration dans le chant*, a signalé ces accidents et attribue au défaut de compensation vocale un très grand rôle dans leur production.

Tout en nous ralliant à sa manière de voir, nous sommes disposé à faire jouer aux lésions laryngées, muqueuses, vasculaires et musculaires, un rôle plus important que celui qu'il leur attribue, et nous croyons que le surmenage vocal, fût-il d'origine respiratoire, ne commence à se traduire par des faits que lorsqu'il a déjà déterminé des désordres locaux appréciables à l'examen laryngocospique.

Quelle que soit l'origine du surmenage vocal, on peut le considérer comme un accident ou pour mieux dire une affection grave pour le chanteur. C'est en effet, une maladie lente à guérir, et qui ne cède que si les traitements employés

sont aidés d'un repos complet du larynx. C'est là une condition que l'on ne peut presque jamais obtenir d'un chanteur.

Au début et dans la forme que nous appellerons aiguë du surmenage, un traitement antiphlogistique général, des applications locales sédatives, des topiques légers tels qu'une solution de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, auront assez rapidement raison des accidents, à la condition de faire cesser tout travail au malade.

Si le catarrhe est très prononcé, les pulvérisations balsamiques, les balsamiques à l'intérieur, sont indiqués.

Dans la forme chronique, alors qu'il existe de l'épaississement chronique de la muqueuse ou de ces nodules épithéliaux que nous avons signalés, après que l'on aura tenté et le traitement général et les applications topiques et même caustiques, il faudra se décider à faire un curettage des cordes, ou tout au moins l'ablation des nodules. Il faudra toujours, dans ces cas, prévenir l'intéressé que l'on ne peut répondre absolument du retour intégral de la voix, car à la suite d'opérations de cette nature, ayant très bien réussi en apparence, j'ai vu persister des altérations notables de la voix portant principalement sur le timbre et la puissance.

En résumé, nous dirons que le surmenage vocal chez les chanteurs se produit de deux facons différentes :

1° Par fatigue et abus de l'organe vocal même, le larynx;

2° Par fatigue de la respiration, soit que celle-ci soit insuffisante ou mal dirigée.

Dans ce cas, elle ne peut plus jouer son rôle compensateur;

3° Que le surmenage vocal, qu'il soit d'origine purement laryngée ou qu'il soit d'origine pulmonaire, se traduit toujours par les mêmes troubles fonctionnels déterminés eux-mêmes par des lésions passagères ou acquises portant sur les différents éléments constitutifs du larynx : muqueuse, vaisseaux, glandes, muscles ;

4° Que le surmenage vocal est justiciable dans sa forme

simple, je dirai aiguë, du repos et des moyens antiphlogistiques ordinaires;

5° Que le surmenage chronique ayant déterminé des lésions organiques est une des affections les plus difficiles à guérir chez le chanteur.

LE MALMENAGE VOCAL

Par le Dr **CASTEX.**

Il importe pour le laryngologiste de ne pas ignorer les conditions diverses qui peuvent altérer l'appareil vocal chez les professionnels de la voix qui surmènent ou malmènent cette délicate fonction. N'est-il pas naturellement désigné pour veiller à la conservation, à l'hygiène de la voix?

Lorsqu'un orateur ou un chanteur se plaint de fatigue fonctionnelle, on peut être certain qu'il a plutôt mésusé qu'abusé, car il est d'expérience qu'un emploi méthodique de la voix permet de l'utiliser beaucoup sans la surmener. Un cheval bien conduit peut fournir de longues étapes, mais en des mains inexpérimentées il arrive vite au surmenage.

On peut envisager successivement les causes, les effets et le traitement du malmenage.

I. Causes. — Elles ne sont pas exactement les mêmes pour les voix parlée et chantée, encore qu'il n'y ait pas de différences fondamentales entre ces deux emplois. Ils ont même des causes communes de malmenage; mais, pour mettre plus d'ordre dans leur étude, je les répartirai en deux groupes distincts.

1° *Pour la voix parlée.* — Il semble que la parole fatigue l'appareil vocal plus que le chant, toutes conditions égales d'ailleurs. Les artistes qui chantent l'opéra-comique ont souvent remarqué que leur voix s'épuisait principalement en disant le poème. Les instituteurs ou institutrices, tenus à des dépenses réitérées de parole, représentent une importante proportion dans le nombre des professionnels surmenés.

Un orateur se fatigue promptement quand il laisse sa voix s'écarter du *médium*. On raconte de Talma qu'avant d'entrer en scène il demandait au premier venu, sur son passage : « Quelle heure est-il ? » La réponse lui était naturellement donnée sur des notes de hauteur moyenne, et c'est sur cette tonalité qu'il attaquait ses premières phrases. M. Legouvé nous dit avoir entendu raconter à Berryer qu'il avait un jour fort mal plaidé, parce qu'ayant débuté sur un ton trop élevé il avait été pris à bref délai de la crampe des orateurs et d'enrouement consécutif. De tous les exercices de la parole, la lecture à voix haute est certainement le plus fatigant, car c'est lui qui comporte le moins de haltes.

Une articulation faible est encore une cause de prompte fatigue, puisque c'est surtout par l'articulation que la voix *porte*. Les laryngologistes remarquent que plus est rudimentaire l'art du parleur et plus sont fréquentes les altérations de ses organes vocaux (pharyngite granuleuse, etc.).

C'est ainsi que ces affections sont bien plus ordinaires chez les prédicateurs préoccupés surtout du fond de leur discours, que chez les artistes dramatiques attachés principalement à la forme. Les Anglais appellent cette pharyngite : pharyngite des clergymen.

On malmène sa voix quand on use de toute l'intensité dont elle est susceptible. Il faut en réserver, en garder, comme disent les artistes, au fond de sa poitrine. L'hygiéniste ne doit pas envisager seulement les conditions d'une voix à sa sortie de l'appareil qui l'engendre. La question des salles où elles s'exerce a bien aussi son importance. Les unes sont favorables, d'autres défavorables à son rendement. Celles-ci surmènent donc les organes vocaux. Il y aurait beaucoup à dire sur cette question de l'Acoustique ; je me contente d'indiquer ici que l'architecture grecque, avec ses lignes droites et ses angles carrés, semble aux orateurs moins favorable que les courbes plus ou moins accentuées des monuments gothiques ou romans.

2° *Pour la voix chantée.* — Deux règles primordiales doivent être appliquées pour la conservation d'une voix

dans le chant. La première est de ne pas trop monter en voix de poitrine, mais de prendre la voix de tête dès qu'on arrive vers l'aigu. Le niveau de ce *passage* varie du reste pour les diverses espèces de voix d'homme et de femme. La deuxième, analogue à la précédente, veut qu'on renonce au timbre clair pour prendre le timbre sombre à mesure que la voix arrive aux notes aiguës de son clavier. Ignorer ces deux règles, c'est être exposé à *casser* sa voix.

C'est encore un péril pour la voix de ne point l'appuyer. L'appui consiste dans une solide et synergique contraction des divers muscles qui contribuent aux phénomènes vocaux dans la poitrine, dans le larynx et dans le pharynx. C'est dire qu'elle doit être *appuyée* au thorax, au larynx et au pharynx. L'utilité de l'appui laryngien pour l'économie vocale se revèle dans l'expérience bien connue que voici : émettez un son très doucement, pianissimo, en disposant une bougie allumée devant votre bouche, la flamme vacillera beaucoup et pourra s'éteindre. Recommencez l'expérience en chantant fort, la flamme sera beaucoup moins influencée par votre respiration. Dans le premier cas, le larynx est peu contracté, peu appuyé, le vent pulmonaire se débite avec plus de rapidité, d'où fatigue prompte. Ce n'est donc pas en menant *fort* une voix, mais bien en la menant *mal* qu'on la surmène. L'appui laryngien ne doit pourtant pas dépasser certaines limites. Le chanteur doit utiliser surtout l'appui pharyngien ou palatal, c'est-à-dire bien disposer ses résonnateurs sus-laryngiens, qui, moins fatigables que le larynx, concourent puissamment au perfectionnement du son. C'est dans ces régions sus-laryngiennes que se forme le *timbre* de la note; on dit de celui qui s'en sert habilement : « Il chante sur le timbre. » Les cordes vocales et tout le larynx sont par ce procédé exonérés d'une partie de la fatigue vocale.

Il est des voix qui périclitent ou même meurent jeunes parce qu'elles ont été mal classées par un professeur qui aura fait chanter les ténors à un baryton ou les contralti à un mezzo. Ce *diagnostic des voix* représente la partie

délicate dans le rôle du maître. Il serait banal d'insister sur la pernicieuse influence d'un professeur inexpérimenté qui conduirait violemment les voix ou les voudrait toutes plier sous un régime unique.

Très nuisible aussi une respiration défectueuse. L'ensemble des chanteurs utilise surtout la respiration diaphragmatique, mais des divergences de vues existent encore sur le mode le meilleur. On lira avec intérêt, sur cette question, le livre que le Dr Joal a écrit sur « la Respiration dans le chant ».

Le *coulage* est une autre condition de fatigue. On désigne ainsi l'issue sans sonorité d'une certaine quantité de l'air expiré, soit avant le début de la note, soit pendant son émission, soit à sa terminaison. On le combat par l'exercice dit « coup de glotte », mais il est bien difficile de l'éviter dans certaines affections du larynx, s'il y a des nodules sur les cordes vocales, par exemple, car ces nodules, bossuant le bord des cordes, s'opposent à leur exact accolement. Un artiste, atteint de cette lésion, m'expliquait dernièrement qu'il lui était devenu difficile de faire les parties douces d'un son filé (on appelle son filé, un son pris piano, puis enflé et finissant piano comme il avait commencé) sans coulage et que, seulement dans la partie forte de cet exercice, il pouvait ne pas perdre son vent pulmonaire, car alors seulement ses cordes s'accolaient en dépit des nodules.

La voix se fatigue vite, se voile et détermine rapidement une sensation de lassitude dans tout l'appareil vocal chez ceux qui présentent une des nombreuses maladies qu'il est susceptible de contracter. D'après mes observations personnelles, c'est surtout la rhino-pharyngo-laryngite sèche ou atrophique qui gêne le fonctionnement vocal dans ses exercices variés. On connaît d'ailleurs la funeste influence des rhinites hypertrophiques qui dessèchent le pharynx en exigeant la respiration buccale et assourdissent les résonnances nasales. Les artistes doivent éviter de « chanter sur un rhume », quand un coup de froid, la grippe ou toute autre cause a déterminé l'inflammation de leur muqueuse respiratoire. On ne saurait trop blâmer la conduite de ces

praticiens qui, prescrivant une suggestionnante potion quelconque, autorisent leur malade à chanter. L'effort dévoile un tant soit peu la voix, mais le lendemain le mal est aggravé et l'artiste se trouve arrêté pour des semaines quand quelques jours de repos absolu et de soins prudents auraient suffi pour son entière guérison.

La voix des femmes sort mal et monte mal dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui précèdent leurs époques menstruelles. Sur certains engagements il est stipulé qu'elles se réservent de ne pas chanter pendant trois ou quatre jours de chaque mois. Agir différemment serait malmener la voix.

Les carrières de province usent plus vite que celles des grandes capitales. En voici les raisons multiples : l'artiste s'y repose moins, obligé qu'il est de chanter tous les soirs dans des rôles d'emplois différents, quel que soit l'état de sa santé vocale; le public y est parfois plus enthousiaste; on bisse, on trisse les morceaux, et le pauvre artiste en dépense souvent bien plus qu'on ne lui en paie. Combien mieux partagés ces habiles qui, comme autrefois Rubini, se ménagent au début, *brossent* la majeure partie de la partition pour donner tout leur effet sur l'air à sensation.

On accuse encore la musique actuelle. Les maîtres de chant reprochent volontiers à la nouvelle école de ne pas savoir ou de ne pas vouloir écrire pour la voix. Quand une fois ils ont achevé l'éducation de leurs élèves dans les limites physiologiques de la phonation, ils les voient contraints de fournir des intensités ou des hauteurs auxquelles l'intégrité de leurs organes ne résiste pas longtemps.

Enfin, comme pour la voix parlée les salles sont très à considérer. Elles sont mauvaises quand elles sont neuves, surchargées d'ornements ou creusées de loges profondes. Les plus favorables à la voix sont les salles de modèle italien, oblongues et simples de contours.

II. Effets du malmenage. — Ces effets sont les symptômes de l'abus vocal. On peut les distribuer en deux catégories, car les uns sont *immédiats*, se produisant au moment

même de l'exercice (symptômes aigus) et les autres *consécutifs*, qui s'installent à la longue et guérissent plus difficilement (symptômes chroniques).

Parmi les effets immédiats, figure en premier lieu la *fatigue vocale* dont Mandl nous a laissé une assez exacte description. L'orateur ou le chanteur éprouve une lassitude locale à se servir de sa voix. Elle manque de force, de tenue, varie incessamment en intensité, hauteur et timbre. L'effort que l'on fait pour dominer cette faiblesse fatigue encore plus, non seulement les organes vocaux, mais aussi l'économie entière. Alors se montre parfois un trouble mental, *le trac*. L'artiste a peur que brusquement sa voix ne vienne à manquer tout à fait et cette crainte paralyse encore plus ses moyens. Encore un peu et la *crampe des orateurs* ou la *crampe des chanteurs* se déclare. C'est une sensation de congestion, de plénitude, d'embarras variés dans la gorge, qui enlève au professionnel l'empire sur ses muscles. Ce trouble fonctionnel est comparable à la crampe des écrivains, des télégraphistes, etc.

Quand il est possible d'examiner au laryngoscope un de ces larynx en période de surmenage, on y surprend une congestion diffuse qui ne respecte même pas les cordes vocales. J'ai pu dernièrement constater cette hypérémie du malmenage sur deux garçons marchands de vin, qui, possédant un peu de voix, s'en servaient tous les soirs, on comprend avec quels rudoiements et quelles ignorances, pour se faire applaudir des clients.

J'ai vu le même état anatomique sur un baryton de banlieue qui faisait un rude service vocal sans éducation suffisante. Il faut dire du reste que, même chez les artistes méthodiquement exercés, l'organe offre constamment un léger degré de congestion fonctionnelle qui rend les cordes un peu roses.

Les effets consécutifs ou tardifs consistent en des troubles spéciaux que connaissent bien les artistes surmenés et qu'il suffira d'indiquer très sommairement ici :

Ce sont : 1° le chevrotement qui est encore un signe du

déclin des voix ; 2° la difficulté de chanter en demi-voix ou demi-teinte, critérium important du mauvais état d'un appareil vocal ; 3° la roulette, sorte de grelottement qui revient obstinément sur une note presque toujours la même ; 4° la perte des notes élevées ; 5° le manque d'homogénéité dans le médium (médium déséquilibré), etc., etc. Les voix d'hommes et de femmes ne montrent pas les troubles exactement dans le même ordre de succession : ainsi chez l'homme, c'est plutôt la roulette ; chez la femme, c'est la disparition des notes inférieures de la voix de tête.

Ces troubles fonctionnels répondent à des altérations matérielles de l'appareil vocal : emphysème pulmonaire, nodules sur le bord libre des cordes vocales, polypes que Morell Mackenzie a pu attribuer dans une proportion de 91 °/₀ à l'abus du larynx.

III. Traitement. — Le traitement est préventif ou curatif. Avant tout il doit être *préventif*. Pour se soustraire au surmenage une voix doit être entraînée de bonne heure, chez l'enfant de cinq à six ans, bien longtemps avant la mue ; elle doit se taire alors, mais la mue passée, elle retrouve toutes les acquisitions obtenues par la gymnastique de l'enfance.

En pleine carrière elle ne doit pas chômer un seul jour, « Nulla dies sine cantu » ; mais elle doit se limiter à une heure de travail quotidien en moyenne ; encore les exercices seront-ils de quatre quarts d'heure, séparés par des intervalles. Les professions vocales comme les autres se trouvent fort bien de vacances annuelles, durant lesquelles l'organe doit se reposer complètement. L'artiste ne doit pas oublier qu'une voix ne comprend *en moyenne* que douze notes auxquelles le travail peut en ajouter deux en haut et deux en bas. Outrepasser ces limites est un exercice périlleux ; combien la conservation des voix serait mieux assurée, si partout où elles s'exercent — en dehors des établissements spéciaux comme les conservatoires — il existait un enseignement technique. « La technique, a écrit judicieusement Morell

Mackenzie, est la pierre angulaire de l'hygiène vocale. » Ceux qui parlent ou chantent se rendraient ainsi compte que pour ménager sa voix il importe de se faire plus écouter qu'entendre.

Au nombre des moyens curatifs je puis mentionner : le repos absolu de l'appareil phonateur, l'emploi de l'électricité et du massage principalement à la partie antérieure du cou, car le maître muscle du larynx, le crico-thyroïdien, se trouve assez superficiellement placé sous la peau. Les actions directes dans la cavité laryngienne (cautérisation, etc.) sont plus discutables.

Le traitement hydro-minéral vient en aide aux moyens précédents, et parmi les stations les plus recommandables, en l'espèce, on peut nommer : le Mont-Dore, Cauterets, Luchon, Challes, la Bourboule.

DISCUSSION

M. Vacher. — J'ai entendu avec un grand intérêt la communication du Dr Poyet, et je partage entièrement ses vues sur le surmenage laryngien; par contre je ne saurais accepter certaines idées de M. Castex. Il faut, par exemple, user très modérément du coup de glotte, et ne l'apprendre aux élèves que lorsqu'ils savent déjà émettre un son et que leur voix est posée. En effet, le coup de glotte nécessite une occlusion complète des cordes inférieures, un rapprochement des cordes supérieures, et peut amener rapidement le chevrotement de la voix ou une émission vicieuse avec congestion du larynx. La méthode qui consiste à employer pour l'émission vocale la syllabe *la* au lieu de *ha* est bien préférable. Elle oblige le débutant à transformer la langue en gouttière, à la porter en avant contre l'arcade dentaire; le pavillon vocal se trouve largement ouvert, le coup de glotte est supprimé, la voix s'écoule normalement, sans effort et sans perte d'air. Je pense aussi qu'il faut interdire, surtout chez les hommes, les exercices de chant, au moment de la mue, car alors les cordes vocales se contractent inégalement. J'ai fait sur ce point de nombreuses recherches depuis mes études au Conservatoire de Paris. J'estime que le surmenage à l'époque de la mue, la mauvaise éducation, les pharyngites, sont les causes principales qui rendent les voix délicates.

M. Castex. — Il y a deux sortes de coup de glotte : 1° celui qui

met en contact les cordes vocales et les bandes ventriculaires. Il répond à la définition physiologique de l'effort; il est mauvais parce qu'il est fatigant pour l'organe; 2° celui qui ne rapproche que les deux cordes, laissant écartées les deux bandes ventriculaires, sans qu'il y ait par conséquent effort; il est très recommandé, car tout en empêchant le coulage de l'air expiré, il ne malmène aucunement le larynx.

M. Ferras. — Dans toutes ces questions vocales, on doit fort se préoccuper d'un point quelque peu négligé dans les communications précédentes : je veux parler de la perméabilité des fosses nasales. Souvent un coryza chronique, en obligeant le sujet à respirer la bouche ouverte, sera la cause de troubles fonctionnels du larynx, déterminera des pharyngites et des laryngites ; tout le monde connaît les rapports étroits qui existent entre les muqueuses des voies respiratoires supérieures. Chez le chanteur, il faut toujours s'assurer qu'il n'existe aucune lésion des fosses nasales.

DE L'INFLUENCE DE L'OVARIOTOMIE SUR LA VOIX DE LA FEMME

Par le Dr **E. J. MOURE**, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Depuis quelques années, grâce aux progrès de la chirurgie, la castration de la femme est devenue une opération courante que le plus petit chirurgien a pratiquée un certain nombre de fois. Je n'ai qu'à rappeler les centaines de cas rapportés par quelques grands praticiens et les nombreuses statistiques publiées dans tous les pays sur cette opération pour démontrer combien elle est devenue commune. La castration de la femme est donc entrée dans la pratique ordinaire de la chirurgie, et je n'ai pas l'intention d'envisager ici la question d'opportunité ou ses résultats immédiats sur la procréation; mon but est beaucoup plus modeste, car je veux me borner à appeler l'attention sur quelques troubles vocaux survenus chez des femmes privées de l'un ou de leurs deux ovaires.

On connaît parfaitement aujourd'hui les effets que produit l'émasculation sur la voix de l'homme. Tout le monde sait que l'ablation des testicules, pratiquée chez l'enfant, détermine un arrêt de développement du larynx, d'où résulte

ce timbre de la voix auquel on a donné le nom d'eunuchoïde. Nous savons encore que ce timbre spécial se rencontre dans quelques paralysies des muscles du larynx chez l'adulte, lorsque pendant la phonation les rubans vocaux viennent, par ce fait, se placer dans la position dite de fausset. Tous ces différents troubles sont parfaitement étudiés et ont été décrits dans les livres classiques. Au contraire, les modifications de la voix se produisant chez la femme après l'ablation des ovaires n'ont pas encore appelé l'attention des observateurs; c'est pour ce motif que j'ai cru intéressant de rapporter deux exemples typiques, ayant entre eux la plus grande ressemblance et démontrant l'influence éloignée que peut avoir la castration sur la voix féminine.

On ne doit pas s'étonner du peu d'attention qui a été porté de ce côté, d'abord parce que très souvent les malades opérées et guéries ont été perdues de vue après quelques mois, et ensuite parce que chez celles que l'on a eu l'occasion de voir, on s'est fort peu occupé des changements qui ont pu se produire du côté de leur larynx. Ces modifications ne sont du reste pas toujours faciles à noter chez la femme qui se sert de son larynx simplement pour parler. Il faut avoir l'occasion qui nous a été offerte de rencontrer des personnes ayant fait usage de leur voix pour chanter pour bien apprécier les différences qui peuvent se produire dans ces cas. *Je me hâte d'ajouter que ces troubles vocaux ne sont pas constants;* et de même que chez l'homme l'ablation des testicules ne cause pas toujours la production de la voix eunuchoïde, de même chez certaines femmes l'extirpation des ovaires ne doit probablement avoir aucune influence sur le timbre vocal. C'est probablement au dessous d'un certain âge que l'on voit survenir ces différents troubles qui, je le répète, ne sont pas toujours faciles à apprécier et dont il faut rechercher l'existence. Voici, brièvement résumés, les deux faits les plus typiques que j'aie eu l'occasion d'observer :

OBSERVATION I. — Mme X..., âgée de trente ans, vient me consulter le 9 janvier 1888 pour des troubles vocaux particuliers qu'elle éprouve surtout depuis quelques mois et qui ont résisté à tous les traitements ordinaires.

« C'est, me dit elle-même cette dame, depuis mon opération surtout que je me suis aperçue que je ne pouvais plus chanter avec autant de facilité. J'attribuai d'abord ces troubles à ce que j'étais restée assez longtemps sans émettre des sons musicaux; mais malgré des exercices réguliers je ne retrouve plus ma voix d'autrefois. »

J'interrogeai alors Mme X... sur la nature de l'opération dont elle parlait, et elle me dit alors qu'on lui avait enlevé les deux ovaires en novembre 1885. Elle avait parfaitement guéri de son opération dont les suites avaient été normales. Après son opération, elle était restée longtemps sans chanter, et c'est en reprenant ses exercices vocaux qu'elle avait constaté des modifications très notables dans son timbre. J'appris aussi qu'avant sa castration elle avait une voix de soprano aigu, tandis qu'aujourd'hui elle avait perdu toutes ses notes élevées. Elle atteignait le *sol* avec beaucoup de difficulté, et par contre son médium s'était timbré, son grave avait pris du volume, ou même s'était développé. Bref, sa voix avait complètement changé de registre; de soprano, elle était devenue une mezzo grave, je dirais presque une contralto si sa voix eût été plus vibrante et surtout plus étendue. Bien plus, le trouble vocal était appréciable pendant la phonation ordinaire; la voix de Mme X... était devenue plus grosse et beaucoup plus forte qu'autrefois; son entourage avait observé le fait, et c'est même parce qu'elle se croyait perpétuellement enrouée qu'elle venait me consulter.

A l'examen du larynx, je ne constatai rien d'anormal; les cordes vocales étaient blanches, peut-être un peu flasques. Pas de douleur au niveau du larynx à la palpation extérieure.

Obs. II. — Le deuxième fait est relatif à une tailleuse âgée de trente-quatre ans, qui vint me consulter il y a quelques mois pour une surdité due à une otite moyenne scléreuse unilatérale. Comme cette malade me parlait avec une voix masculine, très vibrante et très timbrée, je lui demandai si elle avait toujours eu cette même voix et si elle n'avait pas subi d'opération. Un peu étonnée d'abord, elle me répondit qu'elle avait été opérée cinq ans auparavant pour une tumeur à l'ovaire gauche. Pour ce qui concerne sa voix, elle avait en effet remarqué qu'elle ne pouvait plus chanter comme autrefois, que sa voix ne pouvait plus monter; mais elle s'était peu préoccupée de ces troubles.... J'appris encore que l'on trouvait autour d'elle que sa voix était devenue plus grosse et plus forte; mais on ne chercha pas l'explication de ce phénomène, car à l'exemple de bien des tailleuses, Mme X... ne faisait usage de sa voix que dans son atelier en travaillant; elle s'était par conséquent fort peu occupée des modifications survenues de ce côté depuis son ovariotomie.

Je me borne à l'exposé de ces deux faits, persuadé que le jour où l'attention sera attirée de ce côté, d'autres exemples viendront s'ajouter à ceux-ci et permettre de faire une étude plus complète de cette intéressante question de physiologie qui formera le complément des travaux nombreux publiés sur les relations des organes génitaux et du larynx, aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Comment peut-on expliquer la production de ces changements du timbre vocal chez certaines femmes après la castration? J'avoue que je n'hésiterais pas à les rattacher à une sorte de mue tout à fait analogue à celle qui se produit chez l'homme au moment de la puberté. Cette mue a pour résultat l'accroissement du larynx et par conséquent l'élongation des rubans vocaux, d'où découlent naturellement les modifications du timbre vocal. On conçoit ainsi comment, au dessus d'un certain âge, la castration ne doit pas probablement pas avoir d'influence sur la voix, pas plus chez l'homme que chez la femme. Il faudrait maintenant rechercher si le développement du thyroïde devient, dans quelques cas, assez considérable pour déterminer la formation de cette saillie dite pomme d'Adam, dont l'homme a le privilège. Il faudrait également chercher si, dans le cas où l'on châtre une jeune fille, la voix de cette dernière subit des modifications analogues à celles que j'ai observées.

Je résumerai en disant que, d'après ce que j'ai vu, l'ablation des ovaires, chez la femme encore jeune, semble, au moins dans quelques cas, abaisser la tonalité de la voix, tandis que nous savons que c'est le contraire qui se produit chez l'homme après la castration.

DISCUSSION

M. Castex. — Je me suis préoccupé de la question que vient d'étudier le Dr Moure. Depuis deux ans, j'observe une jeune femme de vingt-six ans qui a subi l'ablation des ovaires et dont la voix n'a nullement été modifiée par l'opération. Je connais aussi une jeune fille possédant un bel organe de soprano aigu, à qui le Dr Pozzi a enlevé, pour un fibrome avec métrorragies, l'utérus et les ovaires. J'ai pu mesurer la voix avant et après l'intervention chirurgicale, et il semble

que l'opération a eu pour effet de rendre l'émission des sons plus facile, de donner de la puissance, de l'étendue à l'organe, ce qui peut s'expliquer par les conditions meilleures dans lesquelles se trouve maintenant le soufflet respiratoire. J'ai aussi demandé à M. le Dr Pinard si la grossesse avait une influence sur la phonation; il m'a répondu négativement. L'audition cependant est modifiée par l'état gravide.

M. Poyet. — J'ai observé au contraire des troubles fréquents de la voix pendant la grossesse, principalement chez les chanteuses. En effet, le fœtus et le développement des organes génitaux s'opposent au libre fonctionnement du diaphragme, et rendent la respiration incomplète.

Quant aux résultats de la castration, je les crois nuls au point de vue de la phonation. Je donne des soins à une grande cantatrice bien connue des Parisiens, qui a subi deux fois l'ovariotomie, sans que ces opérations aient eu le moindre retentissement du côté du larynx. Ma cliente continue toujours à chanter avec le plus grand succès tant en France qu'à l'étranger.

DEUX CAS D'ANOMALIE CONGÉNITALE DES PILIERS ANTÉRIEURS DU VOILE DU PALAIS

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon.

Les deux observations que je vais citer ont trait à des cas très rares d'anomalie congénitale du voile du palais. La première observation connue remonte à peine à seize ans, et depuis cette époque, les observations nouvelles n'ont été publiées qu'en nombre fort restreint. Il est donc éminemment utile de rapporter tous les nouveaux cas afin d'éclaircir une question qui intéresse l'anatomiste encore plus que le clinicien.

Les anomalies des piliers peuvent se diviser en deux catégories : les anomalies des piliers postérieurs, et les anomalies des piliers antérieurs. Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'historique complet de la question. Nous renverrons simplement le lecteur à l'excellente note toute récente publiée le 15 février de cette année dans la *Revue de Laryngologie* de Moure, par Seifert (de Wurzbourg).

D'après Seifert, les perforations des piliers postérieurs

sont fort rares. Il en cite cinq cas seulement. Trois cas unilatéraux ont été publiés par Schmiegelow, Jurasz et Rethi. Les deux autres cas sont dus à Hajek. Dans l'un la perforation était bilatérale, dans l'autre elle était unilatérale, mais double sur le même pilier; le trou supérieur était arrondi, l'inférieur se présentait au contraire sous forme de fissure.

Les perforations du pilier antérieur sont plus fréquentes, bien que fort rares néanmoins; il y a environ quinze observations connues publiées par Solis-Cohen, Wolters, Frænkel, Jurasz, O. Chiari, Scharpinger, Tœplitz, Broeckaert, Hajek, Claiborne, Schmiegelow, Fowler, Seifert. Parmi ces auteurs, Hajek est inscrit pour deux cas personnels. Enfin la dernière observation vient de paraître le 15 avril dans la *Revue* de Moure. Elle est relatée par Posthumus Meijes (d'Amsterdam) et consiste en une perforation unilatérale. Le malade présentait en outre deux petits fibromes mous de chaque côté de la luette.

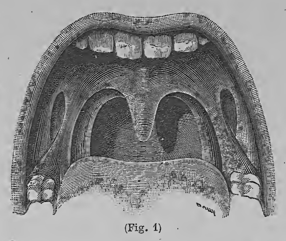
Dans *The Lancet* 1892, Morrice cite bien aussi quatre cas de perforation des piliers; mais pour lui la perforation provenait une fois de la scarlatine et trois fois de la diphtérie. Ces quatre cas ne peuvent entrer en ligne de compte à moins qu'il n'y ait eu erreur dans l'interprétation.

J'ajouterai à la série de ces observations deux nouveaux cas qu'il m'a été donné d'observer en 1892 et 1893.

Observation I. — *Perforation congénitale symétrique des deux piliers antérieurs du voile du palais.*

M. X..., âgé de soixante-dix ans, vient me consulter le 11 avril 1892 pour une gêne légère dans l'acte de la déglutition. Cette gêne était très modérée et récente. Le malade la prétendait plus marquée du côté droit. Depuis quelque temps seulement, il avait remarqué sur le voile du palais une altération qu'il avait considérée comme une chose nouvelle. Il est probable que cette découverte inattendue l'avait un peu effrayé et avait contribué à produire les légers symptômes dont il se plaignait. D'ailleurs on ne constatait dans le pharynx aucune lésion capable d'entraîner la moindre gêne de la déglutition. Ce malade n'avait jamais eu la syphilis.

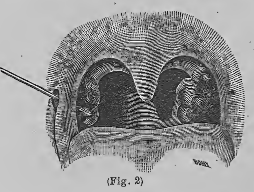
Le voile du palais présentait une anomalie singulière consistant en une perforation ovalaire siégeant au niveau des piliers antérieurs (Fig. 1). Les deux ouvertures avaient plus d'un centimètre de longueur sur quatre millimètres de largeur environ. Chaque ouverture avait des bords formés par la muqueuse normale. L'extrémité supérieure était arrondie; quant à l'extrémité inférieure, elle se terminait en pointe; le segment externe du pilier passant en arrière du segment interne. Ce dernier paraissait s'étaler en avant en formant en bas, pour ainsi dire sous la muqueuse, deux faisceaux divergents. Un stylet introduit par chacune de ces fentes pénétrait facilement entre l'amygdale et la face postérieure du pilier.


(Fig. 1)

Obs. II. — *Perforation unilatérale du pilier antérieur gauche.*

Il s'agit dans ce cas d'une jeune fille de vingt ans, qui se plaignait d'un certain degré d'obstruction nasale. Il existait chez cette malade quelques bourgeons adénoïdes du naso-pharynx et de l'hypertrophie du cornet inférieur droit.

J'aperçus sur le pilier antérieur une petite perforation n'ayant pas d'apparence cicatricielle. Un stylet engagé par l'orifice passait dans la loge amygdalienne (Fig. 2). Rien dans les antécédents ne permettait de rapporter cette ouverture à une lésion antérieure de la gorge. L'amygdale droite était plus volumineuse que la gauche.


(Fig. 2)

Si maintenant l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les diverses notes publiées sur le sujet, on voit que la majorité des auteurs considère ces perforations comme des anomalies congénitales. Il suffit d'ailleurs d'examiner les diverses planches annexées aux observations, pour se convaincre qu'il ne s'agit nullement d'une lésion pathologique, mais bien d'un vice spécial de développement. La figure annexée à ma première observation est en tous points semblable à celles publiées antérieurement.

Une perforation cicatricielle ne se présente pas ainsi toujours avec la même régularité; ses bords au lieu d'être revêtus d'une muqueuse normale ont l'aspect cicatriciel plus ou moins irrégulier. J'ai vu ainsi un cas de fistule cicatricielle consécutive à un abcès chronique enkysté de l'amygdale et je n'ai pas eu un seul instant la pensée de croire à une anomalie congénitale. D'ailleurs Fowler et Morrice sont seuls à soutenir l'opinion que ces perforations sont toujours consécutives aux amygdalites phlegmoneuses, à la scarlatine ou à la diphtérie. Ils ont peut-être raison pour les cas qu'ils ont observés; mais ils ont tort de vouloir ainsi généraliser leur théorie. Seifert attache une trop grande importance à l'absence de troubles de la déglutition pour affirmer que la lésion est congénitale, car on voit des perforations pathologiques secondaires dont le diamètre est trop minime pour entraîner la moindre gêne dans la déglutition. Le même auteur prétend que l'existence d'autres anomalies congénitales, telles que l'apparence rudimentaire des amygdales ou même leur absence complète, tend à prouver que la perforation des piliers doit relever également d'une malformation congénitale. Je crois que cette preuve a peu de valeur, car les cas normaux ne sont point rares où l'amygdale est à peine représentée par un bourgeon presque imperceptible. Il n'en est plus de même cependant lorsqu'on a constaté l'existence d'un bec-de-lièvre léger, comme dans le cas de Scharpinger.

Il resterait encore un point beaucoup plus important à élucider. Il faudrait pouvoir dire d'une façon précise, en s'ap-

puyant sur les données embryologiques, comment peuvent se produire ces perforations pendant la vie intra-utérine. Or, sur ce point, nous ne pouvons rien affirmer encore.

Bosworth et Cohen prétendent qu'il y a eu, à un moment donné, une séparation du revêtement muqueux du muscle palato-glosse. P. Meijes attribue aux fentes pharyngiennes cette anomalie par arrêt de développement, tout en reconnaissant que l'on n'a pu en retrouver encore aucun exemple dans la série animale.

Broeckaert rejette la théorie de la persistance partielle des fentes pharyngiennes que l'on rencontre à l'état de fistules plus ou moins complètes vers le bas des parois latérales du pharynx. Il pense qu'on doit chercher la solution dans le mode de développement encore peu connu du voile et des piliers.

N'ayant aucune compétence sur une question aussi délicate, j'ai eu recours aux lumières de l'éminent professeur d'anatomie de la Faculté de Médecine de Lyon, M. Testut, qui pouvait mieux que personne me donner une opinion précise. Or M. Testut m'a déclaré que, pour le moment, cette anomalie est inexplicable. On n'est encore absolument pas fixé sur le mode de développement du voile et des piliers. On ne sait par quelles phases passe la membrane de séparation bucco-pharyngienne à l'union de l'ectoderme et de l'entoderme. M. Testut croirait, toutefois, que cette perforation du pilier ne devrait pas être considérée comme un trou normal qui ne se serait pas oblitéré pendant la vie fœtale. Pour lui, cette anomalie proviendrait d'une résorption embryonnaire plutôt que d'une malformation. Mais en cela, il reconnaît que, jusqu'à nouvel ordre, on ne peut émettre que de simples hypothèses.

NEURASTHÉNIE LARYNGÉE

Par le Dr CASTEX

M. Castex désigne sous ce nom certaines aphonies complètes qui ne se révèlent au laryngoscope que par un peu de détente des cordes vocales sans asymétrie glottique.

Les observations qu'il a relevées lui donnent à penser qu'il s'agit moins alors d'une perversion hystérique que d'une mollesse fonctionnelle dont le malade arrive à guérir surtout par la volonté et l'effort.

M. Castex relate 2 cas, où, sans recourir aucunement aux procédés de la suggestion, il a obtenu le retour prompt et définitif de la voix par des exercices variés de parole et de chant, en exigeant surtout de la netteté dans l'articulation.

DISCUSSION

M. Garel. — Depuis longtemps j'emploie contre l'aphonie nerveuse un procédé qui me donne les meilleurs résultats, et sur lequel j'ai du reste attiré l'attention de mes confrères. Au moment de l'émission de la voix, j'opère une brusque et vigoureuse pression sur la région épigastrique, et souvent la voix reparaît aussitôt. Je viens ainsi, dans ces derniers temps, de faire cesser l'aphonie chez une femme qui ne parlait plus depuis huit ans. Il est bien entendu que mon procédé ne réussit que dans les cas d'aphonie nerveuse; son mode d'action est comparable à celui du massage sur le cou, à celui du miroir appliqué sur le voile du palais, moyens bien connus des spécialistes pour rendre des services en pareille circonstance. Un auteur américain vient de vanter les effets de ma méthode, tout en négligeant de citer mon travail.

M. Cartaz. — Je désire ajouter un seul mot. Le procédé de M. Garel est depuis longtemps employé à la Salpêtrière contre le hoquet hystérique.

TRAITEMENT DE L'OZÈNE

Par le Dr Paul RAUGÉ (Challes).

Je ne serai, je crois, contredit par personne en affirmant que le traitement de l'ozène vrai demeure, à l'heure actuelle,

une des tâches les plus ingrates de la pratique rhinologique, et que nous ne possédons pas encore un moyen radical et constant, je ne dis pas de guérir, mais seulement de pallier cette infirmité désolante.

Après avoir, comme tout le monde, essayé un peu de toutes les thérapeutiques qui ont eu, dans ces derniers temps, leur instant de vogue et leur part de succès, je me suis arrêté à une méthode qui me fournit d'excellents résultats et qui m'est, je crois, un peu particulière.

Quand je dis qu'elle m'est particulière, je parle moins du moyen lui-même que de la façon de l'employer. Ce moyen n'est autre, en effet, que la vieille irrigation nasale, mais l'irrigation appliquée avec une abondance qui en fait, puis-je dire, un traitement à part et totalement différent des lavages parcimonieux qu'il était jusqu'ici convenu d'employer.

Au lieu de faire passer à chaque irrigation trois ou quatre litres de liquide au plus, comme on le fait à l'ordinaire, j'emploie, d'une façon courante, quinze à vingt litres à chaque irrigation. Et, comme l'opération est généralement répétée deux fois par jour, c'est, on le voit, trente ou quarante litres en moyenne qui traversent quotidiennement les fosses nasales. Il m'arrive même souvent de dépasser largement ces limites et d'atteindre, comme dose journalière, cinquante à soixante litres. Deux ou trois de mes malades ont pu accepter sans difficulté quatre-vingts à cent litres par jour.

Ces chiffres, je le sais, vont sembler monstrueux, et je ne me dissimule point qu'on va faire, à cette inondation des fosses nasales, au moins trois objections auxquelles je veux me hâter de répondre : on lui reprochera d'être pratiquement incommode, peut-être même dangereuse ; de n'obtenir pas mieux que les autres méthodes le résultat thérapeutique cherché ; en tout cas d'imposer au malade une torture parfaitement inutile.

Et d'abord, ces larges lavages sont non seulement inoffensifs, mais à peine désagréables. Après quelques jours

d'entraînement, on est étonné de l'aisance, je dirais presque de la désinvolture, surtout de la rapidité avec laquelle les malades exercés accomplissent l'opération. Qu'on n'oublie pas qu'il s'agit ici d'ozéneux, chez qui la dilatation atrophique ouvre au liquide un très large passage : chacun sait combien l'irrigation est, chez les malades de ce genre, chose facile et simple; aussitôt la canule appliquée, le courant sort à large jet; une irrigation de vingt litres ne dure pas, en moyenne, plus de six à huit minutes et se fait le plus souvent tout d'un trait, sans que le patient ait à reprendre haleine. Il suffit que le récipient ait une capacité assez grande pour n'avoir pas besoin d'être plusieurs fois rempli. Ajoutons qu'un état particulier d'anesthésie de la muqueuse rend, chez les ozéneux, l'opération tout à fait indolente, et qu'on voit beaucoup de malades, ceux qui sont ménagers de leur temps, lire tranquillement en faisant leur irrigation nasale. Si le passage du liquide offrait quelque difficulté, il est un petit artifice dont j'use depuis très longtemps, sans prétendre être seul à l'employer : il consiste simplement à faire, deux ou trois minutes avant l'irrigation, un large badigeonnage à la cocaïne qui assure à la fois la perméabilité du passage et l'insensibilité de la muqueuse. Cette précaution n'est d'ailleurs nécessaire que pour les premières séances.

Je n'insiste pas sur le dispositif instrumental; j'en ai très longuement précisé les détails dans un travail sur l'irrigation naso-pharyngienne (1889); c'est toujours le courant obtenu par pression au moyen d'un récipient élevé, l'embout en forme d'olive qui s'applique contre la narine sans y pénétrer, et s'adapte ainsi beaucoup plus aisément et plus hermétiquement qu'une canule. C'est, en un mot, l'appareil classique. La seule particularité, je le répète, consiste dans l'abondance du liquide employé.

La nature de ce liquide est sans aucune importance, l'action cherchée étant purement mécanique. Il suffit que la solution soit suffisamment concentrée pour que sa densité se rapproche autant que possible de celle du sérum normal; c'est là, comme on sait, une condition nécessaire pour que

l'irrigation ne soit pas douloureuse, et rien n'est plus pénible à supporter — les malades le savent bien — qu'une irrigation d'eau pure. Pour donner au liquide employé cette qualité toute physique, il suffit d'y ajouter, par litre, une cuillerée de bicarbonate de soude ou d'acide borique.

Quant aux dangers que peuvent présenter pour l'oreille moyenne ces irrigations à outrance, je les crois tout à fait illusoires, et je suis même très heureux de dire ici ce que je pense des méfaits dont on a chargé l'irrigation naso-pharyngienne et du discrédit où elle est tombée. J'avoue que je m'explique mal l'acharnement avec lequel cette méthode a été depuis quelques années presque universellement combattue. J'ai pour ma part la conviction que dans tous les cas où il s'agit de nettoyer entièrement les cavités nasales, l'irrigation est et demeure la méthode par excellence, et que, bien pratiquée, elle est absolument inoffensive. Si l'on a soin d'appliquer la canule du côté de la fosse nasale la plus étroite, si l'on n'exagère pas la pression (1 mètre à $1^{m},50$ au maximum) si l'on recommande au malade d'éviter pendant l'irrigation les mouvements de la parole et ceux de la déglutition, de ne pas se moucher après, de ne pas s'exposer aux courants d'air, je crois qu'on peut réduire à peu près à zéro les chances d'effraction de la trompe, d'inondation de la caisse, d'otite et de perforation du tympan dont on nous a vraiment un peu trop effrayés. Je pratique, bon an mal an, 1,000 à 1,500 irrigations nasales, et si l'on tient compte des grosses doses que j'emploie, on voit que c'est par centaines de mille litres que je puis compter le liquide qui a, sous ma responsabilité, traversé les fosses nasales de mes contemporains. Eh bien ! j'affirme que jamais je n'ai observé, ni du côté de l'oreille ni de toute autre manière, je ne dis pas un accident sérieux, mais même un incident désagréable. Tout au plus, dans deux ou trois cas, une légère douleur dans l'oreille, un peu de rougeur du tympan, m'ont-elles averti à temps qu'une petite quantité du liquide avait pénétré par la trompe, sans que jamais le traitement ait été arrêté plus de deux ou trois jours par cette complication sans importance

et presque toujours due d'ailleurs à une maladresse ou à une imprudence du malade.

Il me reste à montrer que cette abondance du lavage n'est pas un luxe superflu ni une épreuve inutile imposée à la patience du malade. Elle est, au contraire, indispensable si l'on veut obtenir de l'irrigation le but mécanique qu'on attend d'elle. Ce que l'on poursuit avant tout dans le traitement de l'ozène, c'est, en effet, le nettoyage irréprochable des cavités, le balayage complet des mucosités et des croûtes qui non seulement produisent la fétidité, mais contribuent peut-être par leur seule présence à aggraver l'état d'atrophie de la muqueuse. Or, pour réaliser ce déblaiement, décoller les bouchons muqueux, détacher les croûtes adhérentes, pénétrer toutes les anfractuosités, rendre, en un mot, les cavités constamment et parfaitement nettes, l'irrigation faite avec un litre ou deux de liquide est notoirement insuffisante. Plus impuissant encore se montre le *nettoyage à sec*, pratiqué avec la pince ou le porte-coton; pour obtenir un résultat complet, j'ai l'intime persuasion qu'il n'est de moyen efficace que le nettoyage à grande eau pratiqué d'une façon répétée et sous une pression suffisante. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de reproduire chaque jour des lavages aussi abondants. Je me suis assuré maintes fois que les sécrétions de l'ozène ne se reforment pas, à beaucoup près, aussi rapidement qu'on l'enseigne : une fois la cavité propre, elle l'est pour quelque temps, et si l'on suspend à ce moment les lavages pour étudier à loisir la réapparition de l'enduit, on est surpris du temps qu'il faut pour former ces bouchons muqueux et ces croûtes volumineuses qui ne s'observent que dans la cavité vierge depuis longtemps de lavages. Aussi, après quelques irrigations abondantes, peut-on se contenter, pendant les jours suivants, de lavages d'entretien beaucoup plus modérés; un grand lavage hebdomadaire, avec 15 à 20 litres au moins, suivi d'irrigations quotidiennes ne dépassant pas 2 à 3 litres, suffisent la plupart du temps.

Telle est la modification que j'ai cru devoir apporter à la méthode habituelle des irrigations nasales dans l'ozène. J'ai

montré son innocuité, sa simplicité d'exécution ; j'ai montré que cette transformation, cette exagération du procédé classique, est à la fois nécessaire et suffisante pour atteindre le résultat poursuivi. Sans doute, je n'oserais pas affirmer avoir obtenu de guérison complète, bien que certains sujets, que je suis depuis fort longtemps, arrivent maintenant à se passer d'irrigations pendant plusieurs semaines. Ce que j'affirme, c'est que les sujets soumis à ce traitement maintiennent indéfiniment leurs fosses nasales propres et inodores ; qu'ils obtiennent, faute de guérison, un *modus vivendi* qui leur fait l'existence supportable ; qu'ils atteignent ce résultat au prix d'un traitement sans danger et moins assujettissant qu'il n'en a l'air ; les malades prenant peu à peu l'habitude de laver leurs fosses nasales comme ils lavent leur visage ou leurs mains. Grâce à quoi ils vivent en paix, sans souffrance et surtout sans odeur.

DISCUSSION

M. Cartaz. — Je me permettrai de rappeler à mon collègue que cette méthode de lavages abondants a été employée autrefois. Paul Reclus, dans ses *Cliniques chirurgicales*, a relaté quelques cas d'ozène traités par des irrigations avec trente ou quarante litres d'eau ; il cite même, si je me souviens bien, le cas d'un malade qui employait le lait, et qui finit par guérir en en faisant passer quotidiennement une cinquantaine de litres dans les narines.

M. Castex. — M. Raugé recommande avec raison un liquide très chaud ; je suis en effet porté à croire qu'avec qu'une température élevée on désinfecte plus sûrement, et qu'en outre on provoque une sorte de reviviscence de la muqueuse en la congestionnant dans la mesure permise par la disparition de ses éléments vasculaires. Je demanderai aussi à mes collègues s'ils ont été souvent témoins, à la suite d'irrigations nasales, du reflux du liquide par les voies lacrymales. Faisant dernièrement une injection chez un enfant que je venais d'opérer de tumeurs adénoïdes, j'ai vu sortir des points lacrymaux un liquide rosé composé de sang mélangé au liquide.

M. Moure. — J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer ce reflux du liquide injecté dans le nez par les voies lacrymales, et l'écoulement

de sang par cette voie à la suite de l'adénotomie n'est pas un fait très rare. Pour ce qui est des douches nasales abondantes, je me demande si des litres de liquide, même cinquante injections en une seule séance, suffisent pour atteindre tous les points de cette cavité anfractueuse. Des expériences très sérieusement conduites consignées dans la thèse de M. Marcondès-Résende (Bordeaux 1882), il résulte que la douche nasale ordinaire ne touche bien réellement pour les nettoyer que le méat et le cornet inférieurs, le méat moyen et la portion inférieure du cornet moyen; la partie postéro-supérieure du naso-pharynx au contraire échappe à ce lavage, ainsi que la portion antéro-inférieure du corps du sphénoïde. Ces parties sont très souvent atteintes par l'ozène. Aussi ai-je bien plus de confiance pour nettoyer ces régions dans les injections rétro-nasales, telles que je les ai recommandées dans la 2e édition de mon Manuel des maladies des fosses nasales. Depuis plusieurs années que j'ai mis ce mode de traitement en usage dans le coryza postérieur, je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus.

M. Raugé. — J'ai également vu le liquide sortir par les points lacrymaux. Contrairement à l'opinion du Dr Moure, je pense que la cavité nasale est entièrement remplie par le liquide qui atteint toutes les parties de la muqueuse malade, et j'ai souvent constaté chez les ozéneux qu'après plusieurs irrigations, il ne restait plus de croûtes, aussi bien dans les fosses nasales antérieures que dans le naso-pharynx. Du reste il n'est pas nécessaire de faire les grands lavages chaque jour; après une période pas très longue d'entraînement, on peut se borner à les pratiquer seulement une fois par semaine, en employant journellement de petites quantités de liquide.

Séance du mardi 1er mai.

Après lecture du rapport de M. le Dr Noquet, la Société vote sur les candidatures aux titres de membres titulaires et de membres correspondants.

Tous les candidats sont admis.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS MASTOIDIENNES

Par les Drs **LUBET-BARBON** et **Alfred MARTIN** (de Paris).

On sait que, sous des influences et pour des raisons que nous n'avons pas à rechercher, il existe dans l'apophyse mastoïde des suppurations qu'il importe de traiter.

Les notions de chirurgie générale nous enseignent que tout abcès doit être ouvert et que partout où il y a du pus, il faut l'évacuer. Il semble donc que, dans ce rapport, nous soyons chargés d'étudier les divers procédés qui permettent de donner issue au pus contenu dans l'épaisseur d'un os, c'est-à-dire les différentes manières de trépaner cet os.

Mais l'apophyse mastoïde présente des conditions anatomiques particulières qui distinguent ses suppurations des collections intra-osseuses en général. Les cavités qui la composent ne sont pas, en effet, isolées de toute part, elles forment un cul-de-sac communiquant normalement avec l'extérieur par un canal qui s'ouvre dans la caisse. A la faveur de ce eanal les inflammations de la caisse peuvent se propager facilement aux cellules, mais, en retour, la suppuration produite par cette propagation peut être évacuée par les voies naturelles, et l'abcès intra-mastoïdien, la clinique nous le montre tous les jours, peut se vider et guérir sans avoir été ouvert.

Dans la première partie de notre rapport nous étudierons les moyens propres à favoriser cette évolution; dans une seconde partie, les procédés en usage pour évacuer par trépanation l'abcès encore enfermé dans les cavités de la mastoïde; dans une troisième partie, enfin, nous nous

occuperons de la conduite à tenir lorsque l'abcès, ayant perforé les parois osseuses qui entourent les cellules, s'est frayé une voie au dehors de celles-ci.

A. La propagation aux cellules de l'apophyse de l'inflammation siégeant dans la caisse est presque la règle dans l'otite moyenne aiguë. La mastoïdite est donc en quelque sorte la compagne habituelle de l'otite. Il peut venir un moment où cette affection concomitante prend le pas sur l'otite, évolue pour son propre compte, présentant dès lors une symptomatologie particulière et entraînant des accidents qui lui sont propres.

Cette considération fait que, dans toute otite aiguë, on surveillera avec soin la marche de l'inflammation ; on sera pour ainsi dire à l'affût de la mastoïdite ; on aura pour préoccupation constante de l'empêcher de se manifester et, lorsqu'elle se sera produite à un léger degré, on tâchera d'avoir en main des moyens simples destinés à la faire rétrocéder et à éviter la trépanation; ces moyens ont pour but de favoriser l'évacuation du pus au dehors par les voies naturelles. Il faudra prendre soin que le pus s'écoule librement au dehors, éviter sa stagnation soit dans la caisse, soit dans le conduit. Si la perforation de la membrane du tympan qui existe habituellement est trop petite ou mal placée, on l'agrandira et, si besoin est, on pratiquera une large ponction en un point déclive de la membrane.

La douche d'air fréquemment répétée et donnée suivant le procédé de Politzer ; le cathétérisme, si la douche d'air est insuffisante, aideront à l'évacuation du pus. La douche d'air est d'autant plus efficace qu'elle est plus fréquemment répétée ; elle peut être pratiquée par le malade ou par son entourage un grand nombre de fois dans la journée et assurer ainsi un balayage fréquent de la caisse et des cellules. Son emploi, dans ce but, est préférable au lavage de la caisse par la trompe d'Eustache. L'air, en effet, entre plus facilement que l'eau dans tous les interstices de la caisse et par l'*aditus ad antrum* il arrive jusque dans l'antre et les cellules voisines, d'où il chasse le liquide ; l'eau pénétrera moins facilement, non pas dans la caisse, mais dans l'antre,

gonflera la muqueuse, et ce gonflement obstruera davantage le défilé de l'aditus. Mais, lorsque la caisse contiendra du pus concret, le lavage pourra désagréger et enlever cet obstacle.

Les phénomènes devenant plus marqués du côté de l'apophyse (douleur spontanée et à la pression, rougeur et gonflement de la peau, léger degré de périostite), on peut encore, par la douche d'air, enrayer la marche de la complication. On y joindra avec avantage l'application continue sur la région mastoïdienne de sachets de glace, on fera la réfrigération au moyen des tubes de Leiter ; les émissions sanguines (sangsues, sangsue de Heurteloup), pourront donner quelquefois de bons résultats. On se gardera d'avoir recours aux vésicatoires, dont les effets thérapeutiques sont douteux et qui ont le grave inconvénient d'infecter le champ opératoire si une intervention ultérieure est jugée nécessaire. Nous en dirons autant des pointes de feu.

Il reste bien entendu que l'on ne perd pas de vue, pendant tout ce temps, l'état de la membrane du tympan, que la perforation est maintenue béante et que si quelque granulation vient faire hernie par son orifice, on l'enlève au serre-nœud ou à la curette.

B. Lorsque par ces moyens simples on n'aura pas obtenu la résolution de l'inflammation, que l'obstruction des voies naturelles aura pour ainsi dire isolé l'abcès dans l'os, on devra procéder à la trépanation.

Certains auteurs ont pensé à éviter cette éventualité en pratiquant l'*incision de Wilde*, qui consiste à sectionner seulement les parties molles et le périoste. Cette pratique nous paraît, comme à Duplay, être sans avantage et, en outre, elle fait perdre un temps précieux. « S'il y a réellement du pus dans les cellules mastoïdiennes, l'excision extérieure est sans action et il est certain qu'elle a seulement réussi à calmer les accidents dans les cas où il ne s'agissait pas d'une inflammation, mais d'une simple périostite. » Malheureusement tous les chirurgiens ne sont pas de cet avis et ils appliquent délibérément l'incision de Wilde contre les manifestations externes d'une lésion intra-osseuse. Cette incision a d'ailleurs l'avantage de supprimer par débride-

ment les douleurs dues à la rétention du pus sous le périoste, mais cette rétention n'est que le symptôme et l'expression de l'affection osseuse. Par l'incision de Wilde, on ouvre une des deux collections purulentes, la plus externe, la moins dangereuse, tandis que l'autre, la plus profonde, continue son évolution. L'incision de Wilde n'est autre chose que l'ouverture anticipée d'un abcès superficiel qui se serait ouvert spontanément plus tard, pouvant entraîner à sa suite une fistule. Si, après cette intervention, les douleurs cessent et que l'état général s'améliore, le plus souvent cette amélioration ne dure que peu de jours; ou bien les accidents de rétention intra-mastoïdienne reparaissent avec toute leur gravité et bien qu'on ait fait l'incision de Wilde, on est obligé de pratiquer la trépanation, ou bien la corticale se perfore sans éclat, de dedans en dehors, par carie osseuse, et une fistule s'établit entre le système cellulaire et l'extérieur.

L'incision de Wilde a pu donner de bons résultats dans les cas de simple périostite ou bien quand il s'est fait une vaste perte de substance osseuse mettant à nu l'antre ou les cellules, c'est-à-dire une large trépanation spontanée. En général, dans les cas de suppuration mastoïdienne, elle est insuffisante, puisqu'elle n'ouvre pas la collection intra-osseuse; elle est dangereuse, puisque, donnant pendant un moment une fausse sécurité au malade et au médecin, elle permet à la maladie de poursuivre son évolution.

Le diagnostic d'abcès mastoïdien étant posé, il faudra de propos délibéré procéder à la trépanation. Les progrès de la chirurgie moderne permettent d'ailleurs de pratiquer cette opération sans faire courir de risques au malade et elle est entrée aujourd'hui dans la pratique courante de l'otologie. Mais il n'en a pas toujours été de même, et l'on peut dire que peu d'interventions ont subi plus d'alternatives d'enthousiasme et de dénigrement.

C'est J.-L. Petit qui paraît l'avoir pratiquée le premier pour une mastoïdite, et Morand pour une carie de l'apophyse. Les insuccès retentissants des chirurgiens qui trépanèrent l'apophyse pour guérir la surdité firent que, entrant dans

une réaction fâcheuse, les otologistes (Itard, Bonnafont, Wilde) condamnèrent la trépanation même dans les cas d'abcès où elle était absolument justifiable; cependant Toynbee, qui d'ailleurs ne la pratiqua jamais, essaya de la défendre. A la fin de 1860, Forget (de Strasbourg) et Von Trœltsch attirèrent de nouveau l'attention sur elle, et timidement quelques opérations éparses furent relatées. Mais c'est surtout à Schwartze (de Halle) que la trépanation doit la place qu'elle occupe en otologie. Politzer, en même temps que lui, l'a pratiquée avec succès. Des modifications opératoires ont été proposées par Hartmann, Bezold, Küster Zaufal. En France, on n'avait, jusqu'en ces dernières années, guère mis à profit les récents travaux de l'étranger; mais en 1888, M. le Prof. Duplay en a repris l'étude dans une revue critique où les données anatomiques et opératoires sont remarquablement fixées. Plus récemment, nous avons à signaler un intéressant article de M. Ricard sur l'anatomie de la région.

Différents moyens s'offrent aux chirurgiens pour pénétrer dans l'apophyse mastoïde. Les uns ont choisi le conduit fermé en haut et en arrière par des cellules (cellules limitrophes du conduit) qui appartiennent au système mastoïdien. Dans les mastoïdites aiguës l'inflammation de ces cellules détermine dans ce point un gonflement souvent très marqué (chute de la paroi postéro-supérieure du conduit). Von Trœltsch a proposé d'ouvrir l'antre par ce point; de cette idée on peut rapprocher celle de Carl Wolf qui recommande d'enlever au ciseau couche par couche la paroi postérieure du conduit, après avoir décollé le pavillon et le conduit cutané « comme si l'on voulait élargir en arrière le conduit osseux ». Ce procédé opératoire a surtout pour but d'éviter la blessure du sinus latéral en se tenant aussi éloigné que possible de ce vaisseau; mais il expose à un accident bien plus grave, la blessure du facial; celle-ci est, en effet, une lésion souvent irréparable, tandis que si l'on opère d'une façon antiseptique, l'ouverture du sinus est un accident opératoire certainement fâcheux, mais n'entraînant pas de conséquences graves. D'autre part, l'ouverture par le con-

duit ne peut être faite dans un point déclive ; elle entame l'antre en son milieu puisqu'on sait que cette dernière cavité commence en haut à 2 ou 3 millimètres au dessus de la paroi supérieure du conduit, à la hauteur de l'articulation de l'enclume et du marteau, et finit dans les grandes cellules de l'apophyse ; or, l'ouverture ne pourra pas être prolongée très bas à cause du facial qui est logé dans la paroi même du conduit, dans la partie inférieure de sa face postérieure. De plus, le champ opératoire sera restreint, et pour les pansements ultérieurs il sera difficile de pénétrer dans la cavité suppurante par un orifice étroit, profondément situé, où l'œil et le stylet n'auront pas un accès facile. Ce reproche ne s'applique pas au procédé de Küster, dans lequel l'ablation de la paroi postérieure du conduit n'est que le complément de la trépanation de l'apophyse.

D'autres chirurgiens, tenant compte de ce fait exact que les cellules mastoïdiennes les plus inférieures se prolongent souvent jusque dans la pointe, qu'il existe là une grande cellule située plus bas que l'antre et communiquant avec tout le système, que cette cellule est éloignée des organes dangereux de la région et réalise ainsi les conditions de déclivité et d'innocuité cherchées, ont proposé de trépaner au niveau de cette cellule. C'est la *méthode de Delaissement* adoptée par Politzer. Malgré cette autorité, nous pensons que chercher à ouvrir les cellules sans ouvrir l'antre est s'exposer à faire une opération incomplète; d'autre part, ces cellules n'existent pas toujours, dans le type diploïque notamment. Il en est de même dans les cas d'apophyses éburnées et sclérosées, si fréquentes après les longues otorrhées ; dans certaines apophyses, ces cellules manquent par défaut de développement du processus mastoïdien, et l'on sait que chez les tout jeunes enfants ce processus est réduit à l'antre.

D'autres chirurgiens encore ont cherché à pénétrer dans l'antre en suivant les voies naturelles : le conduit, la caisse et l'aditus (Zaufal, Stacke). Cette manière de faire, rationnelle à la rigueur pour les cas chroniques, ne convient pas aux cas aigus, puisqu'elle sous-entend la destruction opéra-

toire de la caisse et de son contenu; or, l'expérience nous montre qu'après une suppuration aiguë de l'apophyse mastoïde traitée par la trépanation, l'audition n'est pas nécessairement altérée.

Si l'on tient compte de ce fait que l'antre mastoïdien, faisant suite à la caisse du tympan, est la première des cellules affectées par l'inflammation, qu'elle existe toujours, à tous les âges, que ses rapports sont constants, on comprendra pourquoi, avec Schwartze et ses élèves, nous choisissons l'antre comme la cellule qu'il faut ouvrir dans tous les cas, quitte à rayonner autour d'elle si les cellules voisines sont malades.

Nous pensons donc que le diagnostic assuré, il faut trépaner et trépaner au niveau de l'antre, seule cellule constante dans laquelle toutes les autres viennent s'ouvrir et dont d'ailleurs la position est le moins variable. Elle peut être déterminée par la connaissance de points de repère qui permettent d'éviter : 1° l'ouverture de la fosse cérébrale moyenne; 2° la blessure du facial; 3° celle du canal demi-circulaire transverse; 4° celle du sinus latéral.

La situation qu'occupe l'antre correspond, à la surface de l'os, à une petite surface dont la limite antérieure est une ligne située à un demi-centimètre en arrière de la moitié supérieure du bord postérieur du conduit et parallèle à ce bord. La limite supérieure est une ligne osseuse, *linea temporalis*, qui est la continuation de la racine transverse de l'apophyse zygomatique et est marquée au niveau du conduit par une saillie, *spina supra meatum*. En opérant plus haut que cette ligne on risque d'ouvrir le crâne; en opérant plus près du bord postérieur du conduit, on risque de trouver profondément le nerf facial et le canal demi-circulaire transverse Les limites inférieures de l'antre sont moins nettes et d'ailleurs moins importantes puisqu'on ne peut en bas rencontrer que les cellules de la pointe de l'apophyse. La limite postérieure de l'antre n'est marquée à l'extérieur par aucun point de repère. Comme dans la profondeur l'antre confine en arrière au sinus latéral, cette absence de point de repère fait que la région postérieure

est la région dangereuse. Les rapports du sinus sont, du reste, éminemment variables d'un cas à l'autre; tandis que dans le type pneumatique, le sinus est très éloigné de l'extérieur, dans le type diploïque, il est très superficiel et vient en avant se rapprocher du conduit, laissant ainsi un champ opératoire très étroit. On court d'autant moins de risques que l'on se tient plus rapproché du conduit; il ne faut en tous cas jamais s'en éloigner de plus de un centimètres et demi.

Manuel opératoire. — Le champ opératoire étant rasé sur une assez grande étendue, désinfecté suivant les procédés ordinaires, on fait dans le sillon rétro-auriculaire une incision qui part de la pointe de l'apophyse et monte plus haut que le bord supérieur du conduit. Cette incision doit comprendre les parties molles et le périoste et elle doit être prolongée assez haut, de façon à permettre le décollement en avant du pavillon et du conduit, et, en arrière, du lambeau postérieur, afin de découvrir toute la surface de l'apophyse. L'hémorragie est en général peu abondante, l'écoulement provenant des veinules ou des artérioles s'arrêtant de lui-même dès qu'on a bien soigneusement détaché le périoste.

Nous préférons cette incision dans le sillon rétro-auriculaire à l'incision faite en pleine apophyse à un centimètre en arrière, car, avec cette dernière manière de procéder, la cicatrice est plus visible et l'on ne met pas à découvert un champ opératoire plus vaste.

L'hémostase pratiquée et les lambeaux bien écartés, on cherche sur le bord supérieur du conduit la *spina supra meatum* et la ligne temporale qui répondent à la suture de la portion mastoïdienne et de la portion écailleuse du temporal On se souvient que l'antre est situé en arrière de la moitié supérieure du bord postérieur du conduit : c'est donc dans l'angle formé par ce bord et la ligne temporale qu'on devra trépaner à moins qu'une lésion osseuse bien marquée n'invite pour ainsi dire à pénétrer à sa faveur. La limite d'action supérieure est marquée par la ligne temporale; la limite intérieure par le bord du conduit, à une distance

d'un demi-centimètre de ce bord ; la limite inférieure n'a pas une grande importance, puisqu'on sait que, dans bien des cas, les cellules qui font suite à l'antre vont jusqu'à la pointe de l'apophyse et sont destinées à être ouvertes et que, dans d'autres cas où l'apophyse est diploïque ou éburnée, le système cellulaire se réduit à l'antre; on perdrait donc sa peine à aller trop bas.

A cause du sinus qui borde l'antre en arrière, il serait utile de connaître exactement la limite postérieure. L'ouverture de ce gros vaisseau, si elle peut ne pas être suivie d'accidents graves, est un incident opératoire fâcheux et l'hémorragie qui s'ensuit devient souvent une préoccupation suffisante pour empêcher l'opération d'être terminée. Malheureusement, sa situation, par rapport à l'antre et la surface de l'os, est très variable. Schwartze, Zuckerkandl, Ricard, ont montré qu'on court le minimum de danger en limitant en arrière le champ opératoire à un peu moins de un centimètre et demi du bord postérieur du conduit; chez l'enfant, on ne s'éloignera pas de plus de un centimètre.

C'est dans cet espace que la trépanation devra être faite à l'aide du ciseau et du maillet. Nous croyons inutile de discuter aujourd'hui la valeur des différents perforateurs et du trépan qui sont des instruments aveugles, d'une dimension fixe, qu'on ne conduit pas aussi sûrement que le ciseau.

A quelle profondeur peut-on pénétrer sans danger? Quelquefois la corticale est si peu épaisse que du premier coup de ciseau on la brise comme on ferait d'une coquille d'œuf; dans d'autres cas, elle est épaisse de un centimètre et même plus; chez l'adulte on peut, d'après Schwartze, prolonger ses recherches en profondeur, si l'on est bien dans les limites indiquées plus haut, jusqu'à deux centimètres et demi ; chez l'enfant, il n'en saurait être de même, et d'ailleurs chez lui, si le système cellulaire de la pointe est peu développé, l'antre mastoïdien est facile à trouver.

Dans les cas de sclérose à antre minimum on pourra dépasser la limite supérieure et chercher l'*aditus ad antrum* que l'on trouvera à défaut de l'antre très peu au dessus de la *linea temporalis*.

L'antre ouvert, l'abcès est ouvert; on trouve dans sa cavité du pus, des bourgeons charnus et quelquefois des séquestres; à l'aide d'une curette dont le tranchant ne sera jamais porté en haut et en arrière, à cause du sinus, on la nettoie, on ouvre toutes les cellules voisines de façon à bien découvrir tous les points malades.

Tel est le manuel opératoire lorsqu'il n'y a pas d'abcès rétro-auriculaire sous-cutané collecté. Quand il y a abcès, on incise dans le sillon et on cherche sur le périoste, avec l'ongle ou le stylet, le point osseux malade; ceci est important, car souvent, après rugination, il n'y a pas de différence entre ce point malade et les parties voisines; on repère ce point par rapport au conduit, on décolle le périoste comme précédemment, et on cherche à réaliser l'opération typique telle que nous l'avons décrite.

L'opération une fois terminée, on peut faire quelques points de suture, drainer ou tamponner simplement à la gaze iodoformée en tenant compte de l'état de la peau et en se conformant aux données de la chirurgie générale.

Sauf indications contraires, le premier pansement reste en place huit jours, on le refait avec le plus grand soin afin que la plaie se comble de la profondeur à la surface. Au bout de quatre semaines environ, la plaie est cicatrisée.

Dans les cas d'otite aiguë, il est inutile de remonter de l'antre à la caisse; dans les cas d'inflammation chronique de la caisse, il faut au contraire nettoyer celle-ci. Le manuel opératoire est alors le suivant : l'incision cutanée prend toute la longueur du sillon afin de rabattre le pavillon en avant et en bas; le lambeau postérieur, peau et périoste, est décollé sur toute l'étendue de l'apophyse ; puis, avec une rugine étroite, on décolle le conduit de toutes ses attaches osseuses, de façon à l'isoler de toutes parts; on le coupe transversalement le plus profondément possible, on le retire comme un doigt de gant et, portant conduit et pavillon en avant et en bas, on voit à nu le bord du conduit osseux, absolument comme sur le squelette. On trépane alors l'antre au lieu d'élection, et l'antre étant ouvert, on cherche dans son angle antérieur et supérieur

l'orifice de l'aditus. Un stylet introduit dans ce pertuis pénètre dans la caisse et est séparé de l'extérieur par une épaisseur variable de substance osseuse qui constitue la paroi externe du canal de l'antre ; c'est cette paroi externe qu'il s'agit de faire sauter pour faire largement communiquer la cavité qu'on vient de creuser dans l'apophyse avec la caisse et transformer en tranchée le tunnel de l'aditus. Pour cela, en se guidant sur la direction du stylet qui reste en place, on creuse de dehors en dedans, à la gouge et au maillet, une tranchée qui va pour ainsi dire à la rencontre du stylet. La limite supérieure de cette tranchée doit à peine dépasser la ligne temporale; la limite inférieure ne doit pas aller plus bas que le milieu du bord postérieur du conduit, cette dernière limite pour protéger le facial.

La tranchée étant poussée jusque sur le stylet, celui-ci est libéré ; on le fait sortir entre le pan supérieur et le pan inférieur et, dans le fond, on voit une éminence qui est le canal demi-circulaire transverse surplombant le coude du nerf facial. La caisse et l'antre forment deux cavités réunies par l'aditus ; on nettoie la caisse, on enlève les restes des osselets, on curette tous les coins de cette anfractuosité en faisant sauter s'il y a lieu la paroi externe de l'attique.

Ce sont ces cas qui sont justiciables de la pratique des chirurgiens qui, suivant une route inverse à celle que nous proposons avec Zaufal et Küster, pénètrent dans l'antre par la caisse et l'aditus. C'est la base de la remarquable méthode de Stacke, laquelle convient au traitement de ces suppurations chroniques de l'apophyse mastoïde ne se traduisant que par de l'otorrhée.

Reprenant alors les parties molles, on fend le conduit cutané dans toute sa longueur jusqu'au méat, selon sa ligne supérieure, et l'on se sert des deux lambeaux ainsi formés pour tapisser et cutaniser la plus grande partie possible de la cavité osseuse qu'on vient de faire. Un tamponnement soigneux fait par le conduit avec des mèches de gaze assurera l'application exacte des lambeaux. On se conduit dans les pansements ultérieurs comme dans toute trépanation osseuse.

C. L'abcès mastoïdien, livré à lui-même, et ne s'évacuant pas par l'aditus, brise la coque osseuse qui l'entoure et s'évacue à l'extérieur de l'apophyse. Il pourra s'ouvrir dans la fosse cérébrale moyenne, dans le sinus latéral ; nous croirions sortir des limites de ce rapport en entrant dans le détail de ces complications.

Il peut s'ouvrir dans les gaines des muscles qui s'insèrent sur l'apophyse (Bezold) et cheminer plus ou moins loin sous forme d'abcès par congestion (dans le cou, le pharynx, le thorax). Il faut dans ces cas ouvrir l'abcès là où il se trouve suivre à rebours le trajet du pus, remonter à sa source, pratiquer la trépanation au lieu d'élection et traiter comme il a été dit.

Le pus peut se frayer un chemin à l'extérieur en perforant la corticale de dedans en dehors ; cette trépanation spontanée est l'aboutissant fréquent des abcès mastoïdiens ; elle peut se faire par une large perte de substance osseuse qui permet une évacuation rapide et complète, ainsi que la guérison, comme après la trépanation chirurgicale ; c'est dans ces cas-là que l'incision de Wilde a pu donner des résultats heureux. Mais la perforation peut être étroite, l'écoulement du pus au dehors se faire lentement; autour du trajet, l'os subit les altérations de l'ostéite condensante et une fistule osseuse se produit.

Lorsqu'il existe une *fistule mastoïdienne*, la seule indication est d'ouvrir largement la cavité osseuse. L'orifice externe de la fistule peut se trouver sur un point quelconque de l'apophyse mastoïde, quelquefois au niveau de l'antre, quelquefois au niveau des cellules, parfois en un point éloigné de l'antre, origine du pus, et en communication avec lui par un chemin intra-osseux plus ou moins étroit. L'orifice interne est dans l'antre et, puisque c'est pour évacuer une suppuration de l'antre que la fistule s'est formée, il faudra ouvrir cette cavité si l'on veut tenir les deux bouts de la fistule et tarir la suppuration. Il faut donc commencer son opération par la trépanation classique. Cette manière de procéder est meilleure, à notre avis, qu'un simple curet-

tage du trajet fistuleux ; on ne sait pas, en effet, où celui-ci va aboutir; on ne sait pas quelle épaisseur d'os le sépare des organes si importants de la région (sinus du cerveau, nerf facial, oreille interne). Un curettage aveugle peut effondrer la lamelle osseuse protectrice, déplacer un séquestre et produire une paralysie faciale, une hémorragie ou une perforation du crâne.

L'antre étant ouvert au lieu d'élection, on raccorde l'orifice fistulaire à l'antre en faisant sauter la substance osseuse qui recouvre le trajet; on met ce trajet à ciel ouvert et on nettoie l'apophyse, en tenant compte des notions anatomiques déjà connues. Si, comme il est fréquent, il existe en même temps une lésion de la caisse, il faut ouvrir celle-ci par les procédés que nous avons déjà décrits.

Ainsi on s'est comporté dans ces fistules mastoïdiennes, comme dans toute autre fistule osseuse, en poussant aussi loin que possible la destruction des points malades tant dans la mastoïde elle-même que dans la caisse ou le rocher.

L'apophyse mastoïde étant un os, elle peut présenter toutes les affections inflammatoires ou suppurées du tissu osseux (choléstéatome, tuberculose, syphilis). Ces affections ne présentent ici rien de particulier et nous ne croyons pas devoir nous en occuper dans ce rapport.

DISCUSSION

M. Raugé. — Nous devons savoir bon gré aux rapporteurs d'avoir réduit à leur juste valeur les dangers d'une intervention qui est encore pour beaucoup de chirurgiens un véritable épouvantail. En retenant la main de l'opérateur, cette appréhension excessive a trop souvent pour conséquence une tendance à l'abstention certainement plus funeste que ne le serait l'intervention même la plus hardie, et je mets en fait qu'il meurt beaucoup plus de malades, des suites de suppurations, qu'ils n'en mourrait de l'opération même si on la pratiquait chaque fois qu'elle est nécessaire. Aussi est-ce faire œuvre utile que de nous montrer cette opération de près et de nous la montrer moins terrible qu'on ne le suppose à l'ordinaire. C'est cependant toujours une intervention sérieuse, délicate, demandant de la part du chirur-

gien beaucoup de prudence et une connaissance approfondie de la région. Mais, en suivant exactement les indications opératoires qui viennent d'être précisées, en côtoyant le conduit auditif, en allant lentement, couche par couche, en se servant de la curette plus que du ciseau, et du ciseau plutôt que du trépan, on peut réduire à un risque très mince les chances d'ouverture du sinus, de blessures du facial ou des canaux demi-circulaires dont on nous a trop épouvantés. Mais il y a un écueil que les connaissances anatomiques les plus exactes ne peuvent nous faire ici éviter, c'est la fréquence des anomalies, tout au moins l'irrégularité des dispositions anatomiques, soit au point de vue de la position du sinus, soit au point de vue de l'épaisseur de la couche formée par les cellules mastoïdiennes. Il y a dans les auteurs (Bezold, Politzer, Hartmann) des descriptions et des figures qui montrent des variétés véritablement inquiétantes, et je comprends bien l'appréhension très légitime du chirurgien. Faut-il cependant que cette crainte fasse en aucun cas repousser ou ajourner une intervention nécessaire ? Aucunement, et voici une comparaison qui fera mieux comprendre ma pensée. Lorsqu'on opère une hernie crurale, on sait que réglementairement on ne rencontre aucun danger, du moins aucun danger prévu, officiel, du côté du ligament de Gimbernat. Mais on sait aussi qu'il existe là une anomalie assez fréquente, la présence, derrière ce ligament, de l'obturatrice, issue anormalement de l'épigastrique. Va-t-on pour cela renoncer au débridement interne qui est le plus sûr et le meilleur ? Nullement; mais au lieu d'inciser largement le ligament, on fera de petits débridements multiples, on élargira l'ouverture avec le doigt, on fera en somme comme si l'on était certain de trouver sous son bistouri cette obturatrice anormale. Eh bien ! dans la trépanation mastoïdienne, la situation est tout à fait la même. Songeons toujours à la présence du sinus latéral, du facial; mais que ce soit pour nous rendre prudents et non timides. Opérons toujours, avec les plus grandes précautions; mais ne retardons jamais d'une minute une intervention nécessaire.

M. Moure. — L'opération de Stacke constitue une bonne intervention, en ce qu'elle met bien à nu la caisse dont elle rend les parois lisses, unies et faciles à nettoyer. Toutefois, il faut reconnaître qu'il en résulte une grande perte de substance osseuse, dont la réparation est toujours difficile et surtout longue à obtenir. Dans quelques cas, c'est par mois qu'il faut compter pour arriver à la guérison. Aussi je considère que si l'on ne doit pas hésiter à pratiquer de grands délabrements dans les cas où ils sont nécessaires ou utiles au malade, il

ne faut pas, au contraire, les proposer pour de simples otorrhées, comme le font quelques spécialistes de l'étranger.

M. Lubet-Barbon. — La variabilité de situation du sinus constitue, en effet, le danger de cette opération; mais si l'on trouve l'antre, on peut être assuré que le sinus, même placé en avant de cette cellule (Hessler), en est séparé au moins par les parois de l'antre.

A l'observation très juste de M. Moure, je répondrai que la durée du traitement après la trépanation par la méthode de Stacke est variable suivant la gravité du mal: s'il s'agit de carie de la caisse, la guérison s'obtient en un mois; si, au contraire, il s'agit d'un choléstéatome, la suppuration peut durer des mois entiers.

EPISTAXIS GRAVE

Par le Dr C. MIOT.

La première observation que je vais avoir l'honneur de résumer est peut être unique à cause de la ténacité des hémorragies, de l'influence qu'elles ont exercée sur le malade, de la variété des traitements suivis sans résultat, et de la guérison que j'ai obtenue par une médication qui n'avait pas encore été prescrite dans des cas analogues.

M. X..., vingt-un ans, dès l'âge de quinze mois et même avant, entrait dans de violentes colères à la suite desquelles survenaient des épistaxis plus ou moins abondantes qui se reproduisirent ainsi tous les quinze jours, souvent une ou deux fois par semaine.

A l'âge de cinq ou six ans il fut pris d'une hémorragie plus abondante des deux narines. Les médecins consultés conseillèrent le perchlorure de fer à l'intérieur et des toniques, sans obtenir de résultat. A cette époque, sa maigreur était extrême et la peau présentait la teinte subictérique des anémiques. Bien qu'ayant des nuits assez mauvaises, il avait conservé intactes ses fonctions gastro-intestinales.

De six à dix ans, pas de changement dans l'état local et général; même traitement.

A onze ans, hémorragies plus fréquentes et plus abondantes. Hors les soins locaux au moment des épistaxis, on ne prescrivit rien de spécial.

Les deux années suivantes (1885-1886), les épistaxis augmentent

d'abondance et de fréquence. Elles se renouvellent souvent tous les jours, quelquefois deux fois par jour, probablement sous l'influence de la température élevée qui régnait dans les salles d'étude. Quelques aspirations d'eau froide au moment des épistaxis constituent tout le traitement.

De 1887 à 1891, hémorragies plus rares et moins abondantes ; retour partiel des forces.

Au mois d'octobre 1891, ce jeune homme, désirant entrer à Saint-Cyr, consulta un médecin spécialiste. Le traitement consista en badigeonnages des parties affectées avec du perchlorure de fer. Ces badigeonnages, pratiqués pendant un an, provoquèrent des éternuements violents sans produire la moindre amélioration.

En juillet 1892, le malade saignant davantage consulta un autre spécialiste qui reconnut un état variqueux d'une partie des deux faces de la cloison et employa le galvanocautère après cocaïnisation. Cette cautérisation fut répétée sans succès environ trente fois en un an.

En avril 1893, hémorragie très abondante qui provoque une syncope et détermine un affaiblissement très grand ainsi que de violentes névralgies du côté gauche du nez et de la face. Sous l'influence d'un traitement, l'état général s'améliore et le malade va faire un séjour au bord de la mer, du 25 juin au 25 juillet. Pendant ce séjour, quelques hémorragies abondantes sont combattues au moyen de l'eau de Léchelle projetée dans le nez avec un pulvérisateur.

Ce malade rentre chez ses parents, à la campagne, pâle, amaigri, sans appétit et dans un état de faiblesse extrême. Le 13 août 1893, bien que très affaibli, il va consulter une dernière fois le médecin spécialiste qui le soigne. Traitement : cautérisations avec le galvanocautère. Deux hémorragies consécutives. L'affaiblissement qui en résulte force le malade à garder le lit.

Le 15 août, hémorragie très abondante qui dure vingt minutes et détermine une syncope. La faiblesse du malade est telle qu'il ne peut plus ni se lever ni s'habiller. Perte de l'appétit.

Le 17 août, un médecin du pays pratique une injection sous-cutanée de sérum artificiel. Douleurs consécutives très violentes. Hémorragie abondante le soir. Tamponnement des fosses nasales par les méats antérieurs avec de la gaze salolée.

Le 18 août, mandé par le Dr Delépine, médecin ordinaire du malade, je trouve ce dernier amaigri, presque exsangue, extraordinairement excité, sous le coup de syncopes répétées dans son lit, au moindre mouvement qu'il fait, et n'ayant plus la force de lever les bras et de parler.

La nécessité d'examiner toute la région m'oblige à enlever le pansement et provoque une hémorragie et une syncope consécutives. La grande quantité de caillots qui obstruaient les fosses nasales, l'importance qu'il y avait à ne pas prolonger l'hémorragie et à ne pas déterminer de nouvelles syncopes, ne me permirent pas de faire un diagnostic. Mais les renseignements que je pris auprès des parents, m'apprenant que les cautérisations avaient été faites sur la cloison près des méats antérieurs, me permettaient de savoir où étaient les lésions et de faire un tamponnement efficace. Aussi, malgré l'intolérance excessive du malade à l'égard du contact de n'importe quel instrument ou objet de pansement, j'enlevai les caillots renfermés dans les parties antérieures du nez et je les remplaçai par des tampons de coton boriqué, imbibé d'ergotine Bonjean, en ayant soin d'exercer une pression assez forte sur toutes les parties antérieures de la cloison. La nuit fut relativement très bonne. Il n'y eut pas d'hémorragie, et quand je quittai le malade, le lendemain matin, il allait moins mal.

Avant de partir nous prescrivons, le Dr Delépine et moi, le traitement suivant : 1° tampons de coton ergotiné toutes les quarante-huit ou vingt-quatre heures ; 2° toniques ; 3° repos complet du malade au lit, la tête élevée, pendant quelques jours.

Le 8 septembre, je revois le malade qui se plaint de névralgies faciales et n'a plus que des épistaxis peu abondantes, mais affectant un caractère périodique, en se reproduisant tous les trois jours à midi.

L'examen local du malade donne les résultats suivants : A un centimètre environ en arrière de l'extrémité postérieure de chaque méat nasal, il existe sur les deux faces de la cloison une partie allongée de haut en bas, s'étendant du plancher au dos du nez, et ayant à peu près une largeur d'un centimètre et demi. La muqueuse en ces points fait une légère saillie, a une surface excessivement rouge, inégale, bossuée, saignant avec la plus grande facilité.

Le 20 septembre, le malade, ayant un état général meilleur, rentre à Paris, où je lui donne des soins.

Le plus souvent la muqueuse de la cloison aux points indiqués est toujours excessivement rouge, et a une surface bossuée formant une petite saillie au dessus des parties voisines. A certains moments, elle est peu colorée, de niveau avec ces mêmes parties.

En arrière de ces parties turgescentes, on voit bien quelques vaisseaux assez développés, mais ils n'ont jamais été le siège d'hémorragies pendant tout le temps que j'ai donné des soins au malade.

Chaque hémorragie est précédée d'une céphalalgie plus ou moins

intense et si caractéristique que le malade la regarde comme un signe précurseur certain.

En examinant une des faces de la cloison pendant que l'on éclaire fortement l'autre, on voit cette cloison, très mince, traversée par des vaisseaux excessivement nombreux, un peu tortueux et présentant un calibre très variable.

Les cornets inférieurs sont assez petits, un peu aplatis contre la paroi externe, recouverts par une muqueuse peu épaisse, ne présentant pas un volume variable et diminuant très peu à la suite d'un badigeonnage à la cocaïne, comme quand il y a peu de tissu érectile.

La muqueuse nasale sécrète d'une manière générale un liquide muco-purulent formant des croûtes assez nombreuses principalement sur la cloison.

D'après les variations très grandes de turgescence et de déturgescence que subissait ce tissu pathologique, et la présence d'un tissu érectile normal sur la cloison au niveau des cornets inférieurs (Mackenzie), on pouvait admettre l'existence de ce dernier tissu et des modifications produites par un travail hyperplasique consécutif aux brûlures faites avec le galvanocautère.

Jusqu'au 19 octobre, il se produisit à des intervalles variables des épistaxis plus ou moins abondantes, mais ne se prolongeant jamais à cause d'une intervention rapide faite par une personne très dévouée qui restait constamment auprès du malade afin de pouvoir pratiquer de suite le tamponnement antérieur d'après mes indications.

Malheureusement ce malade, dont l'état neurasthénique était développé au delà de toute expression, n'était pas toujours docile et perdait encore trop de sang.

Du 20 septembre au 19 octobre, le traitement suivant a été appliqué : 1° lamelles de coton imbibées d'ergotine, de stérésol ou de solution aqueuse d'antipyrine, appliquées sur la cloison tous les jours, ou moins souvent ; 2° aspirations nasales d'eau boriquée chaude deux à trois fois par jour ; 3° préparations de fer, manganèse et sulfate de soude, qui ont donné les meilleurs résultats ; 4° conditions hygiéniques sévères.

L'état de faiblesse et de grand découragement de ce jeune homme, le séjour prolongé dans l'appartement, n'amélioraient guère l'état général. Heureusement les fonctions gastro-intestinales s'étaient rétablies depuis le 10 septembre.

Ces alternatives de mieux et de plus mal, la continuation du *statu quo*, me firent considérer le moment opportun pour commencer le traitement curatif.

Après avoir vu les résultats négatifs des astringents (perchlorure de fer, tanin), des hémostatiques (eau de Léchelle, ergotine, solution d'antipyrine), et constaté les effets désastreux du galvanocautère, je n'étais pas tenté d'y avoir recours.

Je rejetai aussi l'emploi des autres caustiques dont l'action n'eût pas été meilleure. C'est alors que je songeai à utiliser l'action hémostatique du pôle positif d'une pile à courant continu.

Sans vouloir faire l'historique de la question, qu'il me soit permis de rappeler que Pravaz eut le premier (1838) l'idée de tenter la coagulation du sang dans les sacs anévrismaux, en y faisant pénétrer le courant par les deux électrodes ayant la forme d'aiguilles. Mais ce furent Leiton et Girard qui, la même année, opérèrent sans succès sur un sac anévrismal. Depuis cette époque, Pétrequin (1845), Ciniselli (1846), implantèrent des aiguilles positives et négatives dans ces tumeurs. Bossé (1847) en mit cinq négatives et une positive. Zdeckauer (1861), enfin Tripier, puis Mecall Anderson, placèrent une aiguille positive dans la tumeur et appliquèrent sur une région voisine l'électrode négative sous la forme d'un excitateur humide, assez large pour éviter toute cause d'inflammation et d'escharification. Mais personne n'a eu, je crois, l'idée de se servir comme moi de l'électrode positive.

Il n'y avait pas dans notre cas particulier à penser à mettre les deux pôles dans la cloison, comme je l'ai fait, le premier pour l'électrolyse interstitielle négative (1) et comme l'a fait ensuite le Dr Moure (de Bordeaux). On ne pouvait y placer qu'un seul pôle (électrolyse monopolaire) afin d'obtenir comme dans un sac anévrismal des caillots susceptibles d'oblitérer la plupart des nombreux vaisseaux de cette tumeur et de modifier ainsi la nutrition de ce tissu pathologique. Aussi, fallait-il traverser ce dernier dans toutes les directions, surtout dans les parties qui étaient plus particulièrement le siège des hémorragies C'est ce que je fis en implantant à chaque séance plusieurs aiguilles positives, tandis que le pôle négatif, sous la forme d'une électrode large, était appliqué sur le côté de la face correspondant à la narine opérée.

19 octobre. — Première séance d'électrolyse interstitielle dans la face droite de la cloison après cocaïnisation. Deux opérations : 1° 3 aiguilles positives : 16 milliampères ; 8 minutes ; 2° 2 aiguilles positives ; 16 milliampères ; 8 minutes. Électrode négative très large

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Otologie*, p. 116.

sur la joue droite. Hémostase parfaite. Pansement : Tampon imbibé d'ergotine.

21 octobre. — Première électrolyse dans la face gauche de la cloison. Deux opérations : 1° 2 aiguilles positives : 18 milliampères ; 7 minutes ; 2° 2 aiguilles positives ; 16 milliampères ; 8 minutes. Hémostase parfaite. Même pansement.

22 octobre. — Pleurodynie très accusée le lendemain de l'opération.

25 octobre. — Amélioration de l'état local.

2 novembre. — Electrolyse alternativement dans les deux faces de la cloison. 3 aiguilles positives à droite ; 16 milliampères ; 8 minutes. Interversion du courant pour enlever les aiguilles. 2 aiguilles positives à gauche ; 9 milliampères ; 6 minutes et demie. Interversion du courant pour l'enlèvement des aiguilles. Hémorragie momentanée assez abondante.

8 novembre. — Pas d'hémorragie jusqu'au 8 ; mais les 8 et 10 épistaxis assez abondante des deux côtés.

11 novembre. — Le matin, hémorragie assez abondante à droite. Le soir les deux faces de la cloison sont peu colorées, presque normales. L'état général est bien meilleur. Malgré les épistaxis, l'appétit est bon et les digestions excellentes.

Traitement : Pilules de fer, quinquina, aloès et savon médicinal.

5 décembre. — Electrolyse dans les deux faces de la cloison alternativement. Première séance : 4 aiguilles positives à gauche ; 16 milliampères ; 10 minutes. Deuxième séance : 3 aiguilles positives à droite ; 15 milliampères ; 8 minutes.

30 décembre. — Pas d'hémorragies. Les forces sont revenues à tel point que le malade marche plusieurs heures sans fatigue.

20 janvier 1894. — État général excellent.

4 février. — Petite hémorragie à droite.

10 avril. — Le malade revient de la campagne où il était allé passer quinze jours pendant lesquels il a fait des exercices variés (marche, équitation...). D'une santé parfaite ; il a engraissé sensiblement.

Après ce résultat, j'ai voulu essayer d'employer dernièrement le même moyen pour arrêter des hémorragies de moindre importance chez deux malades.

La première, âgée de vingt ans, femme de chambre, a des saignements de nez depuis l'enfance et des congestions à la tête. Elle se plaint depuis longtemps d'avoir des digestions difficiles. — Sur le

plancher des fosses nasales, à un demi-centimètre en arrière de l'extrémité postérieure du méat nasal antérieur, il existe une saillie rougeâtre de la grosseur d'un grain de chènevis dont le sommet s'entr'ouvre parfois et donne du sang. 2 aiguilles positives dans cette petite tumeur (20 milliampères, 8 minutes) suffisent pour la faire atrophier et guérir la malade.

La seconde de ces malades, âgée de cinquante-sept ans, a des saignements de nez depuis l'enfance, assez fréquents et abondants depuis six mois pour produire un affaiblissement assez considérable, de la céphalalgie et des étourdissements.

La cloison présente une perforation allongée au lieu d'élection, c'est-à-dire au niveau du canal de Jacobson. Sur les bords de cette perforation, il y a des croûtes qui se détachent en partie au moment des épistaxis. En enlevant ces croûtes on détermine une hémorragie assez abondante sur les deux faces de la cloison. 3 aiguilles positives aux points indiqués de chaque côté de la cloison : 18 milliampères, 8 minutes.

Revue quelques jours après, la malade présente aux points opérés une partie légèrement tuméfiée. Les hémorragies ne se sont pas reproduites.

Conclusions : 1° Toutes les fois qu'il s'agit d'épistaxis se produisant dans un tissu érectile ou variqueux d'une certaine étendue, l'électrolyse interstitielle positive est la méthode de choix. Celle-ci peut être employée aussi pour guérir des points hémorragiques beaucoup plus limités, ainsi que le prouvent les deux dernières observations. — 2° La nature des aiguilles nous paraît à peu près indifférente. Cependant celles d'argent ou de cuivre ont probablement une action plus efficace que les autres. — 3° L'intensité du courant doit être en moyenne de 16 à 20 milliampères et sa durée de 8 à 10 minutes. — 4° Trois à quatre séances dans les cas exceptionnels (Observation I), une ou deux dans les autres (Observations II et III), sont suffisantes. — 5° L'hémostase de cette région peut être faite sans inconvénient, bien qu'il existe entre cette dernière et le cerveau des rapports vasculaires importants.

SUR DEUX CAS DE RHINOSCLÉROME

Par le Dr **A. CASTEX**

On a bien rarement en France l'occasion de voir des rhinoscléromes. C'est ce qui fait l'intérêt de deux observations personnelles que j'ai pu recueillir l'année dernière, en suivant mes deux malades pendant plusieurs mois.

On sait en quoi consiste l'affection. De nature probablement parasitaire (bacille de Frisch), elle s'observe principalement en Autriche-Hongrie et dans l'Amérique du Sud. Le nez d'abord, puis le pharynx et le larynx, sont envahis par des plaques circonscrites, dures, d'un rose gris, luisantes, indolores, rarement ulcérées, mais aboutissant au rétrécissement rebelle de ces diverses cavités, tandis que l'état général du sujet reste invariablement bon. La marche de l'affection est très lente et fatalement progressive.

Les principaux documents que nous possédons sur la question sont consignés dans les leçons d'Hebra et Kaposi sur les maladies de la peau (t. II, p. 231), dans divers travaux de Mikulicz (1), Chiari (2), Cornil et Alvarez (3), Ernest Besnier (4). J'ai moi-même inséré il y a deux ans, dans un rapport de mission scientifique en Autriche et en Allemagne, une courte étude de l'affection d'après 6 cas inédits que j'avais observés à Vienne. Cette étude a été reproduite en 1892 dans le journal de notre collègue le Dr Moure.

Voici mes deux nouvelles observations que je résume brièvement.

OBSERVATION I. — Homme de trente-trois ans, habitant l'Amérique du Sud. L'affection remonte à onze ans. Elle a débuté par des coryzas à répétition avec sensation d'obstruction nasale. Le malade a subi à

(1) MIKULICZ. *Langenbeck's Archiv*, t. XX, 1676.

(2) CHIARI. *Med. Jahrbuch der K. K. Gesellschaft der Aertze*, 1882, Heft 2, Wien.

(3) *Archives de Physiologie*, 1885 et 1886.

(4) *Société de Dermatologie*, juillet 1891, p. 326.

diverses reprises des cautérisations avec des acides ou avec le galvanocautère qui ont refréné momentanément l'affection.

État actuel (17 mai 1893). — La *rhinoscopie antérieure* montre une cloison épaissie, blanchâtre. Les cornets semblent indemnes, mais des croûtes épaisses se forment dans les deux fosses nasales. Par la *rhinoscopie postérieure*, on voit des altérations similaires sur la face postérieure du voile. Les lésions cernent l'entrée de la trompe gauche. De ce côté le malade accuse en effet un peu de surdité. — Au *pharynx* la luette est rouge, détachée du voile à droite par une échancrure exulcérée. L'amygdale et le pilier postérieur droits sont blanchâtres, épaissis, enroidis. Deux placards d'altérations semblables se voient à la paroi postérieure du pharynx. — Le *larynx* est normal; les environs de son entrée, fossettes piriformes, etc., se montrent indemnes.

Le diagnostic n'était pas douteux. Il avait été porté déjà par M. E. Besnier, et par M. Alvarez, si compétent en la question, qui avait trouvé le bacille révélateur. Le traitement que j'ai adopté a consisté : 1° dans l'administration de l'iodure de potassium à hautes doses progressivement croissantes (3 grammes par jour); 2° dans des galvanocautérisations profondes, renouvelées deux fois par semaine environ. Dès les premières séances la marche du mal a paru s'arrêter, et quand le malade quittait la France, trois mois après la plupart des troubles avaient disparu, notamment l'obstruction nasale.

Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis. Je ne puis donc indiquer les suites éloignées de mon intervention.

Obs. II. — Homme d'une trentaine d'années, compatriote du précédent. Début il y a six ans, par de l'obstruction nasale. A subi, il y a un an et demi, un raclage endo-nasal sous chloroforme, puis un an après des cautérisations au thermocautère.

Etat actuel (20 juin 1893). — Le nez est recroquevillé sur lui-même comme si une traction s'était exercée de haut en bas et d'arrière en avant sur la sous-cloison. L'aile droite du nez plissée en dedans par une dépression verticale est en outre remontée et fait plus large l'entrée de la narine correspondante. Dans l'intérieur des fosses nasales la région des cornets est épaissie, grisâtre; même altération à la voûte, au plancher et sur la cloison qui se trouve perforée. Rien au pharynx ni au larynx.

J'eus d'abord recours au traitement adopté pour mon premier malade, mais les galvanocautérisations, même profondes, ne modifiaient en rien son état. Je le décidai alors à un raclage complet sous

chloroforme après avoir relevé par une incision temporaire le bord postérieur de l'aile gauche du nez pour pouvoir opérer plus complètement. Le résultat fut satisfaisant. Une opération complémentaire pratiquée par mon ami le Dr Campenon eut pour effet d'abaisser l'aile droite du nez, au niveau de sa congénère (incision du bord postérieur de l'aile, incision verticale de la lèvre supérieure vers son bord adhérent et intussusception de l'aile dans cette deuxième incision où elle fut maintenue au moyen d'une anse de fil d'argent passant dans la gencive sous-jacente).

Notre opéré quittait la France en novembre dernier délivré des symptômes gênants qui l'avaient décidé à l'opération. Nous lui avons bien conseillé de persévérer dans l'emploi des hautes doses d'iodure de potassium. N'y aura-t-il pas récidive? C'est à craindre. En tout cas les heureux effets de l'opération n'étaient pas contestables.

Pendant que je soignais ces deux malades, j'ai eu l'heureuse occasion de voir à plusieurs reprises notre distingué confrère, le Dr Alvarez, qui a longtemps exercé dans la république de San Salvador et dont les travaux font autorité sur cette question. Naturellement nous avons causé rhinosclérome. Je dois à ses obligeantes réponses les intéressants détails qui suivent. Je l'en remercie publiquement. Ils constituent la partie neuve de ma communication.

En Amérique, l'affection se rencontre surtout dans le Guatemala, les républiques de l'Équateur et du Salvador, notamment dans le département de San Vicente. Les indigènes y cultivent beaucoup l'indigofera tinctoria, légumineuse qui sert à la préparation de l'indigo. Le Dr Alvarez a fait cette très intéressante découverte, que l'indigo résulte d'une fermentation dont le microbe est très analogue à celui du rhinosclérome (1).

Bien plus, il a pu produire la fermentation spéciale d'une décoction stérilisée d'indigofera avec des cultures pures de rhinosclérome. L'ensemencement du bacille de Frisch sur l'agar-agar assure sa reproduction dès la huitième heure. Alvarez a en outre pratiqué des inoculations de cultures

(1) Voir les Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1er août 1887.

pures à des malades tantôt avec le microbe de Frisch, tantôt avec celui de l'indigo, dans l'espoir d'une action curative; mais cette espérance ne s'est pas réalisée.

Notre confrère insistait encore sur les quelques particularités qui suivent et qu'il n'est pas mauvais de reproduire ici.

Le rhinosclérome, d'après son expérience, ne se montre presque jamais d'emblée au pharynx et jamais au larynx. Mais l'un et l'autre, consécutivement, peuvent se rétrécir au point de ne plus laisser passer une sonde de 3 millimètres de diamètre. Il atteint indistinctement toutes les catégories sociales, n'est jamais douloureux et ne touche pas les ganglions.

En somme, le meilleur traitement consiste dans l'extirpation large, à l'instrument tranchant (bistouri ou curette). Mais, en terminant, je ne peux passer sous silence la méthode de traitement que préconise Pawlowsky (de Kiew). Il inocule à ses malades une *rhinosclérine*, produit des toxines du bacille de Frisch, à la manière de la tuberculine. Ces inoculations peuvent servir à déceler un rhinosclérome douteux. Faites autour des lésions, elles rendent les tissus environnants réfractraires à l'invasion du mal, et assurent à l'intervention chirurgicale un succès plus certain. Mais Pawlowsky n'a jusqu'ici inoculé que deux malades. L'heureux effet de sa méthode n'est donc pas définitivement établi.

DISCUSSION

M. Raugé. — Il me semble que M. Castex n'a pas fait de préparations bactériologiques du bacille de Frisch. Pour moi qui ai étudié ce microbe, j'ai toujours été frappé de sa ressemblance avec celui que Lœwenberg a décrit dans l'ozène. Mêmes dimensions considérables (2 à 3 μ sur 6), même forme trapue et courte, même capsule périphérique. Tous deux, d'ailleurs, sont assez semblables au pneumocoque de Friedlander.

NÉCROSE ET SÉQUESTRE DU LABYRINTHE

Par le Dr M. LANNOIS, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

On peut dire que l'histoire de la carie du rocher limitée au labyrinthe et s'accompagnant de l'élimination d'un séquestre remonte seulement à Ménière, car les deux cas antérieurs de Linnecar et de Crampton étaient oubliés, lorsque cet auteur fit connaître, dans la *Gazette médicale de Paris* de 1857, deux observations d'élimination du limaçon nécrosé chez de jeunes sujets. Il s'agissait dans le premier cas d'un enfant de onze ans atteint de surdité consécutive à une otorrhée datant de cinq ans et s'accompagnant de formations polypeuses : en lavant l'oreille, on entraîna un séquestre représentant tout le limaçon; l'enfant avait de la paralysie faciale depuis sept mois. Dans le second cas, chez un enfant de six à sept ans, le séquestre éliminé représentait le limaçon et un canal semi-circulaire; l'enfant mourut avec des symptômes cérébraux.

L'attention ayant été appelée sur ce point, des observations assez nombreuses furent publiées à dater de cette époque, notamment par Scoti, Trœltsch, Schaw, Toynbee, Agnew, Grüber, Voltolini, Lucæ, Delstanche, Schwartze, Guye, etc. En 1878, Bœters réunissait dans sa thèse un certain nombre de cas publiés jusqu'alors et, huit ans après, en 1886, Wolff faisait le même travail (thèse de Würzburg) en se basant sur un cas observé à la clinique de Kirchner; mais la casuistique de cet auteur est incomplète, car il ne cite guère qu'une dizaine de cas, alors que Bezold la même année arrivait à colliger 46 observations dont 5 personnelles (1).

Ce mémoire de Bezold est le plus important et le plus complet qui ait été publié sur cette question. Bezold a étudié avec le plus grand soin les conditions de la nécrose labyrinthique, sa symptomatologie et surtout ses rapports avec la paralysie faciale, son diagnostic, etc. Aussi son

(1) Bezold. « Labyrinth-necrose und Paralysie des Nervus facialis » (*Zeits. f. Ohrenh.*, 1886).

mémoire est-il devenu classique et la plupart des auteurs qui ont, depuis cette époque, publié des observations nouvelles (elles sont au nombre de 25 environ) se sont contentés de renvoyer à ce travail pour les cas antérieurs.

Tous ces faits ont été réunis à nouveau et tout récemment dans une bonne thèse d'un de nos élèves, le Dr Th. Bec (1). Je renverrai à ce travail pour les indications bibliographiques. Cette thèse est basée sur 65 observations dont 2 inédites; on y trouvera, de plus, l'indication de quelques cas que l'auteur n'a pu se procurer.

On voit par là que les observations de nécrose du labyrinthe avec élimination ne sont pas en somme très fréquentes, et c'est ce qui m'a engagé à vous présenter le limaçon séquestré que j'ai enlevé de l'oreille d'un de mes malades et à rapporter 2 nouveaux cas que j'ai eu l'occasion d'observer récemment. Ma première observation a d'ailleurs été rapportée l'an passé dans le *Lyon médical* (2) et je ne fais que la reproduire.

Observation I. — *Nécrose et élimination spontanée d'un limaçon avec conservation apparente d'un certain degré d'audition.*

M. G..., vingt-trois ans, employé de commerce, est porteur d'une otorrhée à droite depuis l'âge de trois ans. Celle-ci est survenue au cours d'une rougeole grave qui a laissé une taie sur la cornée droite.

L'écoulement s'arrêtait parfois et il y a même cinq ans qu'il ne s'était pas reproduit, lorsqu'il reparut au mois de juillet 1892 avec un peu de douleur. Le malade a été réformé au conseil de revision, non pour son oreille, mais pour insuffisance de périmètre thoracique. Cependant il ne tousse pas et un examen attentif ne permet pas de trouver trace de tuberculose.

Le malade est vu pour la première fois le 14 septembre 1892. Depuis neuf jours il a des douleurs très vives dans toute la tête et dans l'oreille droite et des vertiges qui le forcent à rester au lit sans bouger. Jusqu'à il y a trois jours, il a eu des vomissements presque incessants. Il a une fièvre qui oscille entre 38° et 39° (assez irrégulière).

L'écoulement est constitué par du pus mélangé de sang. On ne voit

(1) Th. Bec. « De la nécrose du labyrinthe et en particulier du limaçon ». Thèse de Lyon, avril 1894.

(2) Lannois. « Nécrose et élimination spontanée d'un limaçon avec conservation apparente d'un certain degré d'audition » (*Lyon médical*, 1893).

pas le fond de l'oreille à cause de granulations nombreuses dans le conduit et dans la caisse. Il n'entend la montre qu'au contact fort, osseux, au niveau du conduit; il ne latéralise pas le son du diapason (*ré*³), mais l'expérience de Rinne est positive.

L'audition est bonne à gauche.

Les jours suivants les douleurs continuèrent, la fièvre s'accompagna de frissons, le moindre mouvement amenait des vomissements. L'antipyrine en solution concentrée que j'essayais alors, à l'instigation de M. le Prof. Cazeneuve, dans le traitement des otorrhées, donnait seule un calme passager des douleurs. Rien n'autorisait à penser qu'il y eût de la mastoïdite, car il n'y avait absolument pas de douleurs de ce côté. On se contenta d'enlever les granulations polypeuses du conduit et de les cautériser à l'acide chromique.

Au bout de quinze jours le malade put se lever et venir lui-même à la consultation. Il fallut tout l'hiver pour arriver à sécher l'oreille, en raison de la facilité avec laquelle il se reproduisait des bourgeons charnus qu'il fallait enlever et cautériser. Traitements divers à l'antipyrine, au menthol, à l'alcool absolu, à l'acide borique, etc.

Le 18 mai, le malade, qui ne venait d'ailleurs plus se montrer que de temps à autre, est considéré comme guéri de son écoulement : le fond de la caisse est cependant encore un peu humide, difficile à voir à cause de l'étroitesse du conduit. On ne voit aucune trace des osselets ni du tympan.

Le 5 juillet, le malade revient en disant qu'il a eu un peu de douleur la semaine précédente et que son oreille suinte légèrement. Après lavage on trouve dans le conduit une petite masse d'aspect osseux qu'on enlève avec précaution et sur la nature de laquelle il ne peut y avoir de doute : il s'agit du limaçon osseux expulsé en entier, c'est-à-dire de la columelle et de la lame spirale faisant deux tours et demi de spire environ et se terminant par le crochet (hamulus).

Le 12 juillet le malade revient avec sa caisse bien sèche et l'examen de l'audition démontre qu'il entend encore la montre et l'acoumètre de Politzer au contact de l'os en avant du conduit et sur l'apophyse mastoïde. Il lui est impossible de latéraliser le diapason placé sur le front : lorsqu'on le place sur l'apophyse mastoïde droite, il croit le percevoir de ce côté, mais ne l'affirme pas comme pour la montre et l'acoumètre. Expérience de Rinne négative à droite.

Depuis, le malade a encore été revu à plusieurs reprises sans que son état se soit modifié. A sa dernière visite, le 31 janvier 1894, on constate à la place de la caisse un fond irrégulier, blanc rosé, à reflets lumineux multiples. L'examen de la fonction donne les mêmes résultats que ci-dessus.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Il y a lieu de faire remarquer d'abord que le malade n'était pas tuberculeux. Strazza a récemment insisté sur cette étiologie pour la formation des séquestres du labyrinthe. Il semble cependant, à la lecture des observations, qu'il faut surtout incriminer les longues suppurations datant de l'enfance et reconnaissant pour cause les maladies infectieuses, la diphtérie, la rougeole et surtout la scarlatine.

La guérison a été obtenue dans ce cas sans intervention très active : c'est d'ailleurs, bien que cela paraisse extraordinaire au premier abord, ce qui se produit dans la majorité des cas. L'oreille se sèche après l'élimination de la partie nécrosée. La terminaison fatale par propagation aux méninges, aux sinus, par production d'abcès intra-cérébraux, n'est cependant pas exceptionnelle : Bezold avait donné pour la mortalité le chiffre de 19,6 %.

Mais une conséquence forcée de l'élimination du labyrinthe, c'est la disparition de l'audition. Cette surdité absolue a été contestée à l'aide de faits analogues à celui que je viens de rapporter dans lesquels il existait encore un certain degré d'audition apparente : il suffira de citer les cas de Kessel, Grüber, Stepanoff, Jacobson. Grüber notamment a défendu l'opinion qu'une lésion limitée du labyrinthe, quand les autres parties sont intactes, n'est pas inévitablement accompagnée de l'abolition de l'ouïe.

Cette opinion a été vivement combattue par Hartmann, Bezold, Politzer, etc. ; et de fait, rien n'est plus difficile que d'éliminer l'oreille saine dans les cas de ce genre. J'en ai eu la preuve récemment chez un malade hystérique de mon service qui présentait de l'anesthésie généralisée et que j'ai en vain essayé de priver de l'audition comme je le privais de la vue en lui mettant un bandeau sur les yeux. Malgré un morceau de cire à modeler obstruant complètement les conduits, malgré plusieurs épaisseurs d'ouate recouvrant les oreilles, il m'a été impossible d'empêcher le malade d'entendre tout ce qui se passait autour de lui. Strazza a d'ailleurs fait une expérience très démonstrative

sur son malade : l'oreille saine étant bouchée, le malade entend la voix haute à 2 mètres et la parole à $1^{m},50$. Il semble donc que l'oreille malade perçoive les sons ; or, le résultat est le même que cette oreille malade soit ouverte ou fermée.

L'expérience de la voix ne peut donc être employée ici ; les épreuves avec le diapason, les acoumètres, sont entachées de la même cause d'erreur. Il ne reste que les bruits faibles, comme ceux de la montre, perçus au contact osseux. Mais on peut objecter que le malade rapporte au côté malade ce qu'il perçoit en réalité par le côté sain, Maloney ayant démontré le rôle joué par le sphénoïde pour la transmission des vibrations d'un côté de la tête à l'autre. On peut aussi admettre que l'ébranlement osseux est transmis au tronc nerveux lui-même ou au bulbe, et extériorisé ensuite par un phénomène physiologique bien connu pour les nerfs sensitifs et qui ne paraît pas impossible pour les nerfs sensoriels, notamment pour le nerf optique.

Dans ma deuxième observation, les deux points qui attirent de suite l'attention sont la rapidité d'évolution de l'affection, le séquestre ayant évidemment accompli son travail d'élimination trois mois après le début de l'otorrhée, et l'âge avancé du malade qui avait soixante-huit ans. Le plus habituellement c'est le jeune âge qui est atteint et, s'il s'agit d'adultes, on trouve presque toujours une histoire de suppuration datant de l'enfance. Les séquestres labyrinthiques n'ont été que très rarement signalés après trente ans. Voici ce deuxième cas :

Obs. II. — *Otite moyenne aiguë gauche datant de quatre mois et demi. — Douleurs vives avec écoulement sanguinolent depuis six semaines. — Extraction d'un séquestre constitué par le promontoire au niveau du limaçon. — Absence de paralysie du facial. — Surdité complète. — Guérison rapide après l'ablation du séquestre.*

M. X..., soixante-huit ans, se présente pour la première fois le 13 février 1893, en racontant l'histoire suivante : Jamais il n'a eu

d'affection d'oreilles, jamais d'otorrhée. Depuis deux ou trois ans, il s'apercevait d'un peu de diminution de l'audition, mais il s'en préoccupait peu, car elle ne l'empêchait pas de remplir les fonctions publiques dont il est investi et pour lesquelles une bonne audition est nécessaire. L'oreille droite avait baissé plus que la gauche; pas de bourdonnements ni de vertiges.

A la fin de septembre 1892, par une matinée fraîche, se trouvant à la campagne, il resta assez longtemps auprès d'une machine à battre le blé; il ressentit brusquement une douleur vive dans l'oreille gauche et s'imagina qu'une petite pierre soulevée par le vent de la machine avait pénétré dans son conduit auditif externe. La douleur continua assez vive durant plusieurs jours durant lesquels il gratta souvent son conduit, puis il s'installa une légère suppuration qui soulagea tout d'abord les douleurs. Le malade ne fit rien pour tarir cet écoulement.

Vers le 20 décembre, c'est-à-dire environ trois mois après le début, le malade eut une recrudescence de douleurs extrêmement vives, sous forme d'accès et empêchant tout travail, tout sommeil et tout repos. Siégeant profondément dans l'oreille, elles s'irradiaient surtout en avant du côté de l'œil et vers le sommet de la tête; la pression derrière la tête était douloureuse. Des vertiges violents vinrent s'ajouter à cet état pour le rendre encore plus pénible; en même temps, bruits pulsatiles sous forme de coups de marteau.

Le malade ne sait s'il eut de la fièvre; l'appétit avait presque disparu. Malgré cela il ne vit pas de médecin, se contentant d'applications chaudes sur l'oreille; cet état dura environ un mois avec des périodes d'accalmie durant trois ou quatre jours. A la fin de janvier les crises étaient devenues beaucoup plus rares.

A ce moment, le malade s'aperçut lui-même qu'il existait un corps dur situé à peu de distance du conduit auditif, et le souvenir de la pierre qu'il avait inutilement cherchée au début lui étant revenu, il se décida à faire examiner son oreille.

Le conduit gauche est très gonflé, rempli d'un liquide peu épais, nettement teinté en rouge. Il y a six semaines que l'écoulement est sanglant; il est impossible de voir profondément dans le conduit; un stylet sent un corps dur à environ 1 centimètre de l'orifice du conduit.

Un gros bouchon cérumineux obstrue l'oreille droite; après son enlèvement l'audition est de 9 centimètres pour une montre qu'un adulte normal entend à 80 centimètres ou 1 mètre. D'ailleurs il y a de ce côté une sclérose assez nette.

L'audition est absolument perdue à gauche où le malade ne perçoit ni la montre ni le diapason. Dans l'expérience de Weber, la latérali-

sation du diapason ($ré^3$) se fait à droite. L'expérience de Rinne est négative à gauche, positive à droite. La conduction osseuse est très courte. Même résultat avec le diapason C'.

Sous l'influence d'un traitement antiseptique régulier, il y eut rapidement une diminution du gonflement du conduit et de l'écoulement. Le 20 février, on voyait nettement que le corps étranger était un fragment osseux, et le 23 février ce fragment fut facilement enlevé avec une pince.

C'était une petite masse cuboïde, un peu plus longue que large; un des côtés était lisse et la face opposée portait une rainure de 2 ou 3 millimètres qui était la paroi osseuse du limaçon à son premier tour de spire. Malheureusement le malade voulut emporter ce fragment osseux pour le montrer à sa famille et il ne put être examiné plus soigneusement, car le malade le perdit. Mais il est certain que le séquestre était constitué par un fragment du promontoire et du limaçon.

Les suites furent simples. Quelques jours après, l'écoulement s'était arrêté grâce à une cautérisation à l'acide chromique pour réprimer quelques bourgeons charnus du fond du conduit.

Lorsque le malade fut vu pour la dernière fois le 21 avril, il se considérait comme guéri depuis six semaines. On trouvait au fond du conduit une vaste cavité anfractueuse dans laquelle on ne distinguait aucun détail et qui était d'ailleurs parfaitement sèche.

L'oreille avait perdu toute trace de sensibilité spéciale.

Il est à noter que le malade n'eut à aucun moment la moindre trace de paralysie dans le domaine du facial.

Cette absence de paralysie faciale est très remarquable dans mes deux observations, et c'est surtout pour la faire ressortir que je reproduirai l'observation suivante recueillie par M. Bec à ma consultation gratuite :

Obs. III. — *Otorrhée gauche datant de l'enfance. Nécrose du promontoire. Elimination de plusieurs séquestres et formation d'une vaste cavité anfractueuse au niveau de la région cochléenne. Paralysie du facial. Abolition complète de l'audition à gauche.*

E. B..., jeune fille de quinze ans; présente des antécédents héréditaires tuberculeux. Son père est mort d'une affection pulmonaire chronique; sa mère vivante a une mauvaise santé et s'enrhume facilement les hivers. Plusieurs frères et sœurs sont morts tuberculeux. C'est une syphilitique héréditaire.

Née un mois avant terme, elle a été mise aussitôt en nourrice et y est restée jusqu'à l'âge de treize mois; à son retour elle était couverte de croûtes et de boutons; la nourrice raconte qu'elle a présenté pendant plusieurs mois une otorrhée persistante.

De cinq à dix ans, la malade a souffert de douleurs continues au niveau de son oreille gauche atteinte depuis longtemps d'un écoulement purulent. Vers l'âge de douze ans, elle entre à l'hôpital de la Charité pour une dacryo-cystite, et à l'âge de seize ans, elle vient faire un nouveau séjour à l'hospice de l'Antiquaille. Depuis cette époque son audition déjà bien mauvaise a baissé encore, et le 18 décembre 1893, elle est présentée à la consultation gratuite de M. Lannois, comme étant atteinte de surdité complète.

Au premier examen qui a été fait nous avons noté ce qui suit :

La malade présente une taie de la cornée droite, un aplatissement de la racine du nez; il existe des traces de blépharite ciliaire ancienne.

L'oreille droite présente un enfoncement considérable de la membrane du tympan qui est sclérosée, d'une couleur blanc laiteux, et dépourvue de triangle lumineux.

L'oreille gauche est remplie de végétations polypeuses. Le conduit auditif externe est très étroit, ulcéré par places surtout vers le fond et en haut. Otorrhée abondante de ce côté.

La malade qui est fort peu intelligente paraît excessivement sourde et répond très mal aux questions qui lui sont posées. Son oreille gauche est complètement privée d'audition. La montre n'est pas perçue au contact très fort sur l'apophyse mastoïde. Quant à l'oreille droite, on est obligé de parler très près d'elle pour arriver à obtenir quelques réponses brèves et difficiles à comprendre. Cette difficulté est accrue encore par des troubles de la phonation que présente la malade, troubles dus à une adhérence complète du bord libre du voile du palais avec la paroi postérieure du pharynx. La voix est sourde, nasonnée, et la malade est obligée de dormir la bouche ouverte.

Il existe du côté gauche une paralysie faciale périphérique complète. La malade ne peut fermer l'œil de ce côté, qui est un peu plus saillant que celui du côté opposé. La joue gauche est aplatie, flasque, presque immobile, pendant le rire. La commissure gauche est fortement tirée en bas et en dehors.

Le diapason appliqué sur le vertex est bien entendu, au dire de la malade, mais il n'y a pas de localisation. Appliqué successivement sur les deux apophyses mastoïdes, le diapason donne à la malade la même sensation, mais on ne peut obtenir d'elle si c'est une perception de vibrations ou de sons.

On extrait quelques polypes du conduit auditif et on fait de l'antisepsie locale.

Le 28 décembre 1893, la malade est revue. Après avoir procédé à l'ablation de nouveaux polypes, on sent au fond du conduit deux petites séquestres que l'on extrait facilement avec la pince. L'un d'eux est aplati, lamelliforme, d'une surface d'un quart de centimètre carré environ, et paraît être un fragment de la paroi de la caisse ; l'autre, un peu plus volumineux, est très irrégulier, et il est impossible de déterminer ce qu'il représente.

Quelques jours plus tard, la malade est examinée de nouveau ; son conduit auditif gauche est rempli de pus et son fond est occupé par un gros séquestre blanc jaunâtre, facilement mobilisable avec un stylet, mais impossible à extraire avec la pince. On décide alors de décoller le pavillon pour faciliter cette extraction.

Le 8 mars 1894, la malade est anesthésiée. M. Rochet, chirurgien de l'Antiquaille, détache le pavillon par le procédé ordinaire et arrive facilement sur le séquestre renfermé dans la caisse ; il l'enlève avec une pince et, en introduisant dans la cavité une curette, il peut extraire encore deux autres petits séquestres. On a alors la sensation que l'on est dans une vaste cavité limitée de toutes parts par du tissu osseux résistant. Le promontoire a complètement disparu, ainsi que les parties plus profondément situées. L'apophyse mastoïde est intacte et très dure. Pas d'hémorragie.

Les séquestres enlevés sont très irréguliers, anfractueux, et l'on ne peut en déterminer la nature ; ils sont tous plus ou moins aplatis et ont, dans leur plus grande dimension, de 5 à 8 millimètres.

La malade est revue le 7 avril. Il existe encore une otorrhée abondante ; la plaie opératoire se cicatrise lentement. Ce même jour, M. Rochet détache le voile du palais de la paroi postérieure du pharynx, avec laquelle il adhérait fortement. Cette opération contribuera sans doute à améliorer l'audition du côté gauche qui est presque nulle.

La disposition anatomique du nerf facial fait facilement comprendre pourquoi il se trouve si souvent atteint dans les nécroses du labyrinthe. De fait, on évalue à plus de 80 % le nombre des cas où cette complication se produit. Mais on conçoit très bien aussi que la paralysie faciale ne doit pas se rencontrer d'une manière nécessaire dans tous les cas, puisque dans sa deuxième portion, avant le coude.

qu'il fait dans le canal de Fallope, le nerf se trouve au-dessus du limaçon. Si donc l'élimination porte seulement sur le limaçon, et à plus forte raison sur une de ses parties, le nerf peut échapper à l'inflammation et la paralysie faciale manquer. C'est précisément ce qui s'est produit dans mes deux premiers cas. — C'est d'ailleurs le lieu de faire remarquer que la paralysie faciale peut rétrocéder et guérir complètement (Bezold).

C'est aussi un phénomène remarquable de voir la nécrose se limiter au limaçon, ainsi que cela se produit très fréquemment. Sur un relevé de 63 cas; Bec a trouvé que 23 fois la cochlée seule avait été éliminée. Cela s'explique d'ailleurs assez bien si on se reporte au développement embryogénique où l'on voit un bourgeonnement de la vésicule auditive (l'inférieur) se détacher sous forme d'une corne épidermique qui pénètre et se replie dans un mésenchyme dont la moitié extérieure différenciée formera la capsule labyrinthique.

DE LA MOBILISATION DE L'ÉTRIER

Par le Dr **MIOT.**

La mobilisation de l'étrier est une opération fort discutée. Inutile pour certains otologistes, mauvaise pour d'autres, elle n'est point pratiquée aussi souvent qu'elle mérite de l'être ; pour qu'elle soit véritablement útile, il faut y avoir recours lorsqu'elle est bien indiquée. Les indications formelles de cette opération sont les suivantes :

1° Le diapason vertex *do*^{5} ou *do*^{4} placé au niveau de la ligne médiane antéro-postérieure du crâne dans un point quelconque est mieux perçu de l'oreille la plus sourde ne serait-ce qu'un instant.

2° Le diapason *do*^{5} et même *do*^{4} placé en face du méat auditif de l'oreille à opérer n'est pas perçu.

3° Le malade ressent des bruissements continuels, parfois même des vertiges.

4° Le tympan n'est pas toujours épaissi d'une manière sensible, mais il l'est souvent.

5° La surdité est paradoxale. Elle peut ne pas l'être.

C'est en tenant compte de ces indications que j'ai obtenu des résultats excellents, comme chez les deux malades dont je vais vous résumer les observations.

Observation I. — L'une d'elles, femme de médecin, me fut adressée par un confrère, le 21 janvier 1892. Agée de vingt-quatre ans, sans antécédents d'hérédité auriculaire, mais d'une famille d'arthritiques, elle eut pendant son enfance des douleurs fréquentes et fortes dans les oreilles et des maux de gorge. Faisant remonter le début de sa surdité à sept ou huit ans environ, elle a de l'hyperesthésie acoustique depuis quelque temps, et des bourdonnements si violents qu'ils lui ont fait supprimer tout exercice physique, même très modéré, et ont déterminé un état neurasthénique des plus prononcés.

Perc. osseuse { M. { G. = bien. D. = bien. } ; Do^3 et Do^4 = bien. }

Do^4 médian : Des deux oreilles. En un point à gauche.

Perc. aérienne {
M. { O. G. = 0.04. O. D. = 0.06. }
Diapason^3 { O. G. = 0. O. D. = 0. }
Diapason^4 et au dessus { O. G. = b. O. D. = b. }
Voix moyenne de près. }

Tympans : Rien de spécial, si ce n'est un peu de mobilité exagérée des moitiés postérieures, souvent distendues par les insufflations d'air dans l'oreille moyenne (cathétérisme, valsalva, politzer).

Trompes d'Eustache : Larges, perméables.

Bouche. Nez : Rien de spécial.

Traitement antérieur fait par un spécialiste (cathétérismes, massages, etc.) sans résultat appréciable.

27 janvier. — N'obtenant rien avec la galvanisation et la faradisation, je pratique la mobilisation de l'étrier gauche; quatre pressions; quatre bouillonnements.

30 janvier. — Mobilisation de l'étrier droit.

Après avoir disparu ou être revenus, les bourdonnements ont cessé à gauche et à droite, mais sont parfois revenus faiblement dans l'oreille droite. En même temps, l'audition a augmenté.

Les autres symptômes subjectifs ont disparu en même temps, de

telle sorte que cette malade a pu reprendre de l'exercice et a vu un grand calme succéder à sa neurasthénie.

Cette malade se trouvait donc en excellent état lorsqu'elle fut atteinte d'influenza au mois de janvier de cette année. Quelques jours après le début de cette affection, elle a ressenti des contractions spasmodiques au fond de l'oreille gauche et a bientôt constaté qu'elle redevenait sourde.

22 février 1894. — Je revois cette malade qui se plaint d'entendre moins qu'auparavant depuis son influenza. Elle ressent des bourdonnements dans l'oreille droite moins forts qu'avant l'opération, mais en a peu et rarement dans l'oreille gauche. Insufflation d'air dans les oreilles moyennes. Râles muqueux dans les trompes. Sensation légère de dégagement des oreilles.

24 février. — Incision des tympans. Diminution de l'audition. Les étriers très mobiles remuent au moindre contact. Bouillonnement.

Mêmes résultats ultérieurs.

Obs. II. — 10 avril 1894. — Mme X..., neurasthénique. Pas de sourds dans la famille. Il y a trois ou quatre ans, frayeur et froid. A partir de ce jour, bruissement continu dans la tête au niveau de la partie supéro-latérale des deux pariétaux. Parfois des battements.

Deux ans après cette frayeur, surdité légère, puis plus forte. Anémie cérébrale. Evanouissements jusqu'à quatre et cinq fois par jour. En a encore tous les huit et quinze jours. Parfois la malade ressent dans le fond des deux oreilles et de la droite principalement quelques douleurs lancinantes qui s'irradient à la région mastoïdienne.

Le matin, au réveil de préférence, embarras frontal, bourdonnements forts, sensation de plénitude de l'oreille droite plus que de l'oreille gauche et surdité quelquefois très grande. Celle-ci est aussi beaucoup plus prononcée pendant la mastication. Hyperesthésie acoustique.

Perc. osseuse : M. { G. = b.
D. = b., mais un peu de retard.

Diap. vertex { *Do*³ à droite, mais très peu de temps.
*Do*⁴ front médian à gauche.

Contre-audition nulle.

Perc. aérienne : M. { G. = 0.18.
D. = contact.

Voix moyenne non entendue de près.
Voix assez forte mal entendue de près.

Diapasons { Do^2 = 0.
Do^3 = 0.
Do^4 = faible.
$Do^{5, 6}$ = b.

Tympans : Rien de spécial; très mobiles dans leur moitié postérieure.

Trompes d'Eustache : Perméables, larges.

Traitements suivis : Cathétérismes, massages.

Electrisation faite par plusieurs spécialistes.

L'insufflation d'air, le massage et la galvanisation, ne me donnant aucun résultat à plusieurs fois différentes, je me décide à opérer la malade.

Avril. — Incision du tympan droit. Pas d'amélioration de l'audition; mobilisation; bouillonnement.

Sensation immédiate de dégagement de l'oreille qui paraît plus libre que la gauche.

Oreille droite = 0.08.
Voix moyenne entendue à distance.

20 avril. — Incision du tympan gauche; mobilisation.

23 avril. — Perc. aérienne : M. { O. G. = 0.22. / O. D. = 0.25.

Voix moyenne { O. G. = / O. D. =

Diapason { *Do*[1, 2, 3] { O. G. = / O. D. = ; *Do*[4, 5] { O. G. = / O. D. = }

Les résultats favorables et persistants chez la première malade et d'autres que j'ai pu suivre assez longtemps prouvent l'opportunité de la mobilisation de l'étrier. Ils sont d'autant meilleurs que la sclérose a envahi une moins grande étendue de l'organe. Voilà pourquoi certaines ankyloses ou pseudo-ankyloses, certaines modifications arthritiques de l'articulation stapédo-vestibulaire sans autres états pathologiques bien appréciables du reste de l'oreille, bénéficient de cette opération et donnent des résultats durables avec un traitement consécutif.

Certains otologistes, comme Schwartze, prétendent qu'on ne mobilise pas l'étrier. Voudraient-ils alors expliquer ce qui se passe chez les malades réunissant les conditions suivantes :

Il y a otite moyenne sèche. Les traitements variés : cathétérismes, massages, galvanisation..., ont été faits sans résultats. On pratique l'incision du tympan sans produire

d'amélioration de l'ouïe. On exerce sur l'étrier des pressions qui déterminent le bourdonnement pathognomonique des mouvements exagérés de cet osselet. Et immédiatement après il y a allègement de la tête et de l'oreille, diminution ou cessation des bourdonnements avec augmentation de l'acuité auditive.

Le fait de diminuer immédiatement dans la plupart des cas ces deux symptômes subjectifs tient donc aux mouvements imprimés à l'étrier et non à l'excitation des rameaux du nerf auditif. Car s'il en était ainsi, l'effet ne serait pas d'une aussi longue durée, et puis la résistance opposée par l'étrier à l'instrument, cédant tout à coup après des pressions plus ou moins prolongées, et le bouillonnement se produisant à ce moment, indiquent bien l'existence d'une rigidité articulaire. Et la preuve en est dans les cas où, celle-ci résistant à tous les efforts, il n'y a ni mouvement de l'étrier, ni bouillonnement, ni modification des symptômes subjectifs.

Le peu de durée des résultats obtenus a été certainement la cause de l'abandon de cette opération. Examinons donc un peu les conditions dans lesquelles ont été placés jusqu'ici les opérés, une fois les résultats acquis, et voyons s'il n'y a pas moyen de faire mieux.

Si chez un certain nombre de malades, la sclérose de la caisse fait des progrès incessants que rien n'arrête et qui ont au contraire une marche d'autant plus rapide que le traitement est plus énergique; si en un mot il faut ne pas toucher à ces malades et se contenter de les placer dans de bonnes conditions hygiéniques, il en est d'autres chez lesquels l'état neurasthénique, les bourdonnements et la surdité, peuvent être modifiés avantageusement pendant plusieurs années par l'opération, les conditions climatologiques, ordinairement trop négligées, et le traitement indiqué plus loin.

Certains climats exerçant sur l'organe de l'ouïe une influence néfaste, signalée par les otologistes anciens et modernes, il y a lieu d'engager les malades à quitter le pays qui leur est contraire quand ils le peuvent. C'est ce

qu'a fait notre malade (Obs. 1) en allant habiter un pays qui lui est plus favorable. Cependant le médecin otologiste avait négligé ce détail qui a bien son importance.

Certains états pathologiques peuvent être méconnus et rendre illusoires les résultats obtenus. A ce sujet nous nous rappelons trois opérés qui, après avoir beaucoup mieux entendu, redevinrent sourds au bout de douze à quinze mois. Sans avoir une santé parfaite, ils se plaignaient d'être un peu affaiblis et offraient tous les symptômes de l'anémie. C'est en examinant leurs urines et en trouvant chez l'un d'eux de l'albumine et chez les deux autres du sucre que nous sommes parvenu à avoir l'explication de cette aggravation. Un traitement général et local nous permit de réaliser de nouveau l'amélioration obtenue antérieurement. Chez l'un d'eux l'amélioration dure depuis deux ans.

Considérant les changements brusques de température sur les parois du conduit et sur le tympan comme exerçant une influence manifeste sur la marche de l'otite moyenne sèche, nous conseillons aux malades de porter constamment dans chaque oreille un peu de coton, non pas sous la forme d'un bourdonnet fortement tassé, mais d'un simple flocon destiné à retarder l'entrée brusque de l'air sans nuire à l'audition. En suivant une pareille pratique, nous sommes d'un avis contraire à la plupart des otologistes; mais nous appuyant sur certains faits observés nous persistons dans cette manière de faire.

Comme traitement agissant spécialement sur l'oreille, nous conseillons le massage avec une poire en caoutchouc munie d'un tube et d'un embout auriculaire ou le masseur de Delstanche; mais ce massage ne doit être ni trop fréquent ni trop prolongé. Nous le conseillons deux fois par semaine, quatre à cinq semaines et même plus après l'opération. Un otologiste distingué de Belgique, le Dr Goris, le recommande deux fois par jour, c'est-à-dire trop fréquemment d'après nous.

Les pressions varient beaucoup suivant les modifications des tissus, mais elles doivent toujours être alternées lente-

ment; les secousses fortes et brusques pouvant déterminer la rupture du tympan et produisant fréquemment des ecchymoses, une excitation cérébrale, des névralgies auriculaires susceptibles de s'irradier aux régions voisines.

Avec un tympan normal ou faiblement épaissi, des pressions de 80 grammes sont bien suffisantes. Avec un épaississement prononcé, on peut très bien aller de 150 à 200 grammes sans inconvénient, même jusqu'à 300 dans certains cas.

Le nombre des pressions varie de 12 à 15 par séance.

La galvanisation des muscles de la caisse et de la trompe est indiquée lorsque l'acuité auditive est moins bonne pendant la mastication. Nous la pratiquons en agissant sur le nerf facial et les côtés du voile du palais.

L'iodure de sodium, moins excitant que celui de potassium, nous a paru exercer une action efficace sur la muqueuse de certains arthritiques.

L'usage des alcalins, un régime presque végétarien, ont paru donner de bons résultats à des arthritiques à digestions acides.

D'après ce qui précède, nous croyons devoir poser les conclusions suivantes :

1° Des pressions latérales de bas en haut et d'avant en arrière exercées sur l'étrier (mobilisation de l'étrier) constituent fréquemment le seul moyen de modifier certains états pathologiques rebelles à tous les traitements.

2° Pour obtenir de bons résultats, il faut tenir un compte strict des indications.

3° Avec une asepsie suffisante, il n'y a aucune espèce de complication à craindre. Tout au plus pourra-t-on constater chez quelques malades l'augmentation des bourdonnements.

4° Un traitement consécutif à l'opération et de bonnes conditions hygiéniques sont indispensables pour maintenir le plus longtemps possible les résultats obtenus.

FISSURES INTOLÉRANTES DES NARINES

Par le Dr CASTEX

Chez un bon nombre de personnes accusant une douleur dans les narines, M. Castex a constaté une petite fissure siégeant toujours sur l'angle antérieur à l'union de la sous-cloison et de l'extrémité antérieure de l'aile du nez.

La présence de cette fissurette est révélée par la pression avec un stylet, très douloureuse en ce point précis.

Chez quelques sujets, cette lésion est tolérante, mais non chez les nerveux qui sont les seuls à en sentir les effets. On la fait disparaître d'abord en obtenant que le malade n'y touche pas, puis par des lotions au sublimé (1/1000) et des applications de vaseline boriquée.

DISCUSSION

M. Moure. — Ces fissures sont, en effet, très communes et occasionnent aux sujets atteints de la sorte de véritables préoccupations morales qui les rendent souvent très nerveux.

CORPS ÉTRANGER DU SINUS MAXILLAIRE. — TUBE DE DRAINAGE EN ÉTAIN AYANT SÉJOURNÉ QUATRE ANS ET UN MOIS DANS LA CAVITÉ DE L'ANTRE D'HIGHMORE. — ÉLIMINATION SPONTANÉE PAR LES FOSSES NASALES

Par le Dr A. COMBE (de Paris).

Je vais avoir l'honneur de vous relater une observation doublement intéressante : 1° par la rareté du cas pathologique auquel elle s'adresse, car je n'ai pas retrouvé dans la science d'observation analogue ; 2° par les conclusions qu'elle permettra de formuler au sujet de la tolérance de la muqueuse du sinus et de la curabilité du catarrhe de cette cavité.

Le 20 octobre 1889, M. X... mouche du pus depuis deux jours seulement; il souffrait de la première grosse molaire supérieure gauche

sensible à la pression et présentant tous les caractères de la périostite. Cette dent avait été aurifiée quelques semaines auparavant, les canaux pulpaires ayant été soigneusement désinfectés; cela dit en passant pour attester une fois de plus que malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, une racine peut devenir l'origine d'accidents osseux.

Le 21 octobre, M. X... va trouver un de nos confrères qui pose d'emblée le diagnostic de catarrhe du sinus; il procède à l'extraction de la dent douloureuse, et par un des alvéoles béants, sans être obligé de faire une trépanation, pénètre dans le sinus qu'il lave largement avec de l'eau boriquée. L'injection entraîne par le nez une quantité de pus assez considérable.

Notre confrère installe dans la cavité un tube de drainage en étain muni d'un pavillon au collet (*vieux, ayant déjà servi*, souligne mon malade dans son observation qu'il m'a donnée par écrit), prescrivant des lavages matin et soir. Pendant dix jours, notre confrère suit le malade, enlève chaque jour le tube de drainage et le replace après l'avoir redressé à la pince parce qu'il faussait en pénétrant avec force par l'ouverture alvéolaire un peu étroite. Le médecin attendait une série de tubes neufs qu'il avait commandés.

Le 1er novembre, à son réveil, le malade trouve dans sa bouche le pavillon du tube en étain.

Le Dr X... explore le passage le 2 novembre, et soit qu'il n'ait rien trouvé sous sa sonde, soit qu'il ait refoulé dans la cavité le fragment engagé dans l'ouverture, il déclare après examen que certainement il n'y a rien dans le sinus et que le reste du tube a été avalé pendant le sommeil. M. X... reste convaincu du contraire et ne retourne plus chez ce médecin. Il continue ses injections, et plusieurs fois croit toucher à la guérison; mais l'écoulement réapparaît si les lavages sont suspendus plus de deux jours.

En mars 1890, M. X... va consulter notre maître et ami le professeur Verneuil, qui se basant surtout sur le signe d'absence de douleur conseilla de continuer les lavages, et pensa que le mieux était d'attendre et de courir la chance de voir l'écoulement s'arrêter lorsque le tube serait complètement enkysté s'il était véritablement resté dans le sinus, car à l'examen avec une sonde, notre maître n'en avait pas reconnu la présence (ce sont les termes mêmes de la note qui m'a été remise par mon malade).

Le Prof. Vermeuil différa toute intervention chirurgicale plus sérieuse jusqu'à l'époque possible où surviendraient des douleurs aiguës.

Ne souffrant pas, M. X... continua seulement ses lavages deux et trois fois par jour.

Mais en 1891, il survint des migraines affectant le côté gauche de la face; elles devinrent plus fréquentes et plus violentes en 1892 et 1893.

Nous recevons M. X... en consultation en avril 1893.

Dans l'intervalle, notre malade avait consulté un chirurgien des hôpitaux qui n'avait pas jugé une opération utile. Je cherche avec soin dans tous les recoins du sinus, autant que le permet l'ouverture étroite par laquelle passait une canule d'argent très fine pour les injections; je ne rencontre aucun corps étranger. L'examen par transparence avec la lampe électrique ne donne aucune indication, le côté gauche est un peu plus opaque cependant. A l'examen rhinologique, on trouve un peu de rougeur au niveau du méat. Toutefois il y a nécessité d'intervenir; le malade s'inquiète beaucoup.

Je propose une large trépanation du sinus; l'opération a lieu en avril 1893. Après une injection de cocaïne faite conformément aux règles que j'ai indiquées dans ma communication au Congrès de chirurgie 1891 (*Kystes périostiques, trépanations, curettages, épithéliomas de la langue et des lèvres, épulis, grenouillette*), j'obtins après une injection d'épreuve une anesthésie locale complète. A l'aide d'une vis d'acier, d'une fraise, j'affranchis les bords de l'entrée dans le sinus et je l'agrandis largement. On pénètre aisément. Les recherches sont faciles, on touche tous les recoins de la cavité. Je ne trouve pas le tube que le malade accusait toujours de tous ses maux. Les suites sont simples.

Le malade s'absente, il part pour l'Amérique pour six mois. Deux jours après son embarquement, l'écoulement redevient plus abondant. Injections, prises de bismuth, etc., jusqu'en octobre 1893; les douleurs se localisent dans la joue et dans le nez au niveau du méat moyen. Le malade rentre en France très préoccupé de son état; l'écoulement augmente et l'odeur l'incommode; il est décidé à accepter une trépanation par la fosse canine, quand le 23 novembre 1893, en se mouchant, il sentit tout à coup descendre sans effort une grosse masse de matière pâteuse, de couleur brune; au milieu se trouvait le tube de drainage qui s'était brisé en octobre 1889.

Un lavage amène du pus fétide. Le soulagement est immédiat. Les douleurs disparaissent en peu de jours. Je revois le malade qui arrive triomphant, porteur de son trophée. A l'examen des fosses nasales on trouve seulement une légère inflammation du méat qui cède bientôt aux lavages. L'écoulement s'arrête et le 30 novembre 1893 tout est terminé. J'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois mon malade depuis cette dernière date; la guérison s'est maintenue complète.

Conclusions. — Le tube de drainage mesure 22 millimètres et pèse 1gr,50. Ce tube, dont la présence a échappé à plusieurs examens de médecins compétents, ne devait pas être saisissable; il a dû s'enkyster dans la paroi du sinus, cheminer lentement sous la muqueuse et les accidents inflammatoires et douloureux de la fin coïncidaient avec son rapprochement des fosses nasales.

En outre cette observation vient à l'appui de la conclusion d'un autre travail lu par moi, au Congrès de Chirurgie 1886. Ce catarrhe du sinus a été traité dès le début; pendant toute sa durée il a été soigné à l'aide de lavages antiseptiques; et dès que le corps étranger qui en a été la cause initiale (la racine de la dent au début et ensuite le tube de drainage) a été supprimé, les accidents ont cessé; il n'en eût pas été de même si le catarrhe de la cavité eût passé longtemps méconnu et que le traitement n'eût été institué que beaucoup plus tard.

Je joins à mon observation le tube en question qui est recouvert d'incrustations semblables aux corps étrangers de la vessie.

CORPS ÉTRANGER (MORCEAU D'ALLUMETTE) DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Dr **E. J. MOURE**, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

J'ai l'honneur de vous présenter un corps étranger (morceau d'allumette), extrait du sinus maxillaire d'un malade dans les conditions suivantes :

M. X..., fort préoccupé de sa santé, me consulte à différentes reprises pour un coryza chronique qui l'obsède, véritable coryza muqueux sans grande importance.

Je le rassure de mon mieux; mais il n'a pas de cesse qu'on lui découvre quelque chose et l'un de mes confrères, qui le voit après moi, lui perfore le sinus maxillaire par le méat inférieur; pousse une injection et retire une mucosité de cette cavité. Immédiatement, on propose au jeune homme enchanté la perforation alvéolaire de ce même sinus,

qu'il adopte ave plaisir. On arrache une dent, on ouvre le sinus, on lave, il sort une mucosité sans importance, et le malade continue ainsi à moucher à peu près comme auparavant et à laver son sinus. Après un ou deux mois de traitement, cette ouverture alvéolaire commence à le préoccuper un peu : il craint que, pendant les repas, des parcelles alimentaires pénètrent dans la cavité maxillaire, il se lave avec conscience, lorsqu'un jour il croit avoir introduit, étant au restaurant, un morceau de pain dans son sinus. Prenant alors sur la table une allumette en bois, il cherche dans son alvéole tant et si bien que l'allumette se casse et que le fragment s'en va dans l'antre d'Highmore. Tentatives d'extraction infructueuses avec divers crochets. Le malade n'ose avouer sa faute à personne et reste ainsi pendant plusieurs mois; mais bientôt, au lieu d'expulser par son sinus des mucosités simples, il mouche du pus et en rejette après chaque lavage. Le côté de la face devient douloureux et, dans ces conditions, il revient me trouver, me racontant par le menu son odyssée récente. J'essaie, mais en vain, de retirer le corps du délit par l'orifice alvéolaire, trop étroit du reste pour manœuvrer par cette voie. Je propose alors l'ouverture par la fosse canine qui permettra l'inspection plus complète de la cavité.

Dans une première séance, je pratique l'ouverture du sinus par cette méthode, et la muqueuse saignant beaucoup, je remets mon exploration à quelques jours de là ; le malade devant faire dans l'intervalle quelques lavages qui tout en nettoyant la cavité de l'antre pourraient mobiliser le corps étranger. Huit jours plus tard, avant de faire des tentatives d'extraction, je pratique par l'alvéole un lavage qui ressort par la fosse canine largement ouverte; et une fois l'injection terminée, j'aperçois à l'orifice l'allumette qu'il me suffit de prendre avec des pinces à griffes pour la retirer du sinus. Les suites de cette intervention furent des plus simples; les ouvertures canine et alvéolaire ne tardèrent pas à se refermer, et le malade un peu guéri de ses idées opératoires continue à moucher de temps à autre, comme par le passé, des mucosités venant non seulement de ses sinus maxillaires, mais de presque toutes ses cavités accessoires antérieures, aussi bien d'un côté que de l'autre.

Ce mode d'extraction d'un corps étranger du sinus par le lavage mérite d'être signalé parce qu'il simplifie considérablement des manœuvres qui ne sont pas toujours aussi faciles à exécuter qu'on le suppose en lisant les observations dans lesquelles on les décrit. Dans les cas de ce genre, je

n'hésite pas à considérer l'ouverture par la fosse canine comme la seule capable de permettre l'inspection de la cavité highmorienne et les manœuvres directes à travers une paroi peu épaisse et dans un espace assez facile à éclairer.

La meilleure méthode consiste : 1° à détacher les parties molles avec le couteau thermique qui permet d'arriver sur la paroi canine sans effusion de sang; 2° à ouvrir à l'aide de la gouge ou d'un gros foret (drill) mû par le tour des dentistes.

La section de la muqueuse de l'antre donne toujours assez de sang pour masquer le champ opératoire et empêcher l'inspection immédiate; aussi me semble-t-il préférable de mettre dans l'ouverture ainsi faite un clou en ébonite, ayant une forme spéciale appropriée à la région où il doit s'appliquer. On continuera ensuite les lavages biquotidiens, et dès que la cavité sera propre, c'est-à-dire après trois, quatre ou huit jours au maximum, il sera possible de l'inspecter avec un spéculum auris et de manœuvrer ensuite suivant les cas soit avec des pinces, soit avec des crochets, ou de simples injections poussées avec force, comme on le fait pour les corps étrangers de l'oreille.

DISCUSSION

M. Raugé. — J'ai observé un fait de même genre et terminé, comme celui de M. Combe, par l'élimination spontanée du corps étranger par les fosses nasales. Il s'agissait d'un fragment de dent qu'un dentiste poussa, en voulant l'enlever, dans le sinus à travers l'alvéole défoncé, et que le malade fut fort surpris de trouver un beau matin dans son mouchoir. Je rappelle à ce sujet la célèbre auto-observation de Ziem qui porta pendant des mois dans son sinus maxillaire un fragment d'instrument brisé dans un essai d'avulsion dentaire. Ce fut d'ailleurs un accident fort heureux pour la rhinologie, car nous lui devons le premier travail complet sur l'empyème latent du sinus. C'est sans doute à ce morceau de davier perdu dans le sinus de Ziem qu'il faut rapporter les immenses progrès faits sur la question des sinusites dans les derniers temps.

PRÉSENTATION DE MALADES

Par le Dr **CASTEX**

M. Castex présente deux malades :

1° Une fillette de quatorze ans qui était atteinte de pharyngo-laryngite tuberculeuse grave, avec état général très déprimé, et qui a guéri par des attouchements fréquents et énergiques à l'acide lactique (20 gr. d'ac. lactique, 20 gr. d'eau dist.).

Bien que l'épiglotte ait été détruite, cette enfant déglutit maintenant très bien.

2° Un petit Dahoméen de huit ans atteint de tuberculose nasale qui avait envahi toute la narine droite et une partie de la lèvre supérieure. Un curettage sous chloroforme a obtenu la guérison, mais il n'a pas été possible d'empêcher l'occlusion consécutive de la narine.

DISCUSSION

M. Moure. — Le jeune homme porteur de lupus du larynx et guéri que vient de nous présenter M. Castex rentre en effet dans les formes de tuberculose qui sont susceptibles de s'améliorer et même de guérir sous l'influence d'un traitement bien dirigé. Je ferai remarquer en passant que malgré l'absence d'épiglotte ce jeune homme ne présente pas de troubles de la déglutition, ce qui est la règle dans ces cas.

Séance du mercredi 2 mai.

DE LA PHARYNGITE RÉTRO-NASALE

Par le Dr **VACHER** (d'Orléans)

Il y a une relation très importante entre les maladies de l'oreille moyenne, de la trompe d'Eustache, du nez, des voies lacrymales, du pharynx et du larynx.

Il est rare qu'une d'elles existe seule et ne donne pas lieu à des accidents de voisinage. Bien souvent, il faut chercher dans un organe éloigné la cause du mal pour lequel on nous consulte.

Depuis plusieurs années, je me suis convaincu, par de nombreuses observations, que malgré les remarquables travaux publiés sur les affections du pharynx, le public médical n'attache pas une importance suffisante aux inflammations du pharynx nasal dont la fréquence et la gravité sont trop souvent méconnues.

Je ne veux pas parler des végétations adénoïdes, ignorées encore aujourd'hui par tant de praticiens; une communication sur ce sujet aurait peu d'attraits pour vous. Je veux simplement, Messieurs, vous entretenir de la pharyngite chronique, simple ou granuleuse, et des complications que j'ai pu lui attribuer après un examen attentif de malades qui venaient me consulter pour une maladie d'un organe voisin.

Le pharyngite de la cavité rétro-nasale est non seulement très fréquente, mais très ignorée, parce que la rhinoscopie est encore inconnue de beaucoup de praticiens, négligée par bon nombre de ceux qui pourraient employer ce moyen précieux d'examen, et qui reculent devant les difficultés qu'elle présente chez certains sujets ou le peu d'importance qu'ils attachent à un diagnostic bien établi. Il est juste d'ajouter aussi que, dans nombre de cas, le médecin, à la campagne, malgré son savoir ou sa bonne volonté, n'a ni le temps, ni l'outillage nécessaires pour mener à bien un examen délicat. Il examine le pharynx assez souvent, le larynx rarement, le pharynx supérieur, jamais.

Pourquoi, Messieurs? Parce qu'on n'a pas encore assez attiré l'attention des praticiens, je dirais presque des spécialistes, sur l'importance des affections inflammatoires de cette région.

Avant la découverte récente des végétations adénoïdes, presque personne ne s'en occupait, et si on faisait la rhinoscopie, c'était pour rechercher l'implantation des polypes, les ulcérations de la cloison. Depuis quelques années, tout est changé; l'attention des rhinologistes a été portée d'une manière toute particulière sur le pharynx supérieur, le pavillon de la trompe d'Eustache, les affections de la cloison ou des méats.

Malgré ces examens et les observations très intéressantes auxquelles ils ont donné lieu, on ne s'est pas attaché suffisamment, à mon avis, au traitement des sécrétions purulentes ou muco-purulentes du pharynx supérieur. La raison en est facile à trouver : ce traitement n'est pas à la portée de la plupart des malades, qui le négligent complètement ou le font mal. J'y reviendrai tout à l'heure.

J'ai distingué deux formes de pharyngites chroniques sérieuses à cause de leur fréquence, de leur ténacité et de la gravité des complications qui en proviennent. Ce sont les pharyngites chroniques simples, que j'appellerai *à répétition*, et les pharyngites *granuleuses* chroniques. Toutes les deux ont pour cause principale l'arthritisme, le lymphatisme ou la scrofule, et se manifestent surtout chez les enfants de trois à vingt ans, avec leur maximum de fréquence entre huit et seize ans. On les retrouve encore chez les personnes plus âgées; mais, presque toujours, leur première apparition a eu lieu dans l'enfance, et c'est toujours la même maladie qui se réveille à certaines saisons, après un rhume, une imprudence, ou un accident quelconque dans la santé générale.

J'ai dit que c'était le plus souvent une manifestation de la scrofule, j'aurais dû dire du lymphatisme, car la scrofule évoque un ensemble de symptômes plus graves, plus tenaces que le lymphatisme, et souvent héréditaires. Les sujets lymphatiques peuplent nos cliniques; les scrofuleux y sont beaucoup plus rares.

Si vous interrogez ces jeunes malades qui vous arrivent avec de l'eczéma des fosses nasales, des amygdales hypertrophiées, des végétations adénoïdes, des granulations pharyngiennes, des conjonctivites granuleuses, des ulcérations de la cornée, de l'otite externe et moyenne, des perforations du tympan, etc., il est rare que vous n'obteniez pas cette réponse : le mal a débuté par un rhume, un fort mal de gorge; on a consulté le médecin qui a ordonné des gargarismes ou des badigeonnages. Une amélioration s'est produite, mais de courte durée; une première, une deuxième rechute ont eu lieu, et c'est alors seulement que sont

apparues les complications du côté des oreilles, du nez ou des yeux. Depuis ce moment, aucun traitement n'a réussi : à la belle saison tout rentrait dans l'ordre; pendant tout le reste de l'année avaient lieu des poussées successives tantôt du côté des yeux, tantôt du côté des oreilles, tantôt du nez ou du larynx.

Tout cela, parce que le traitement général était insuffisant, et surtout le traitement local incomplet.

En effet, Messieurs, et c'est là dessus que je désire appeler votre attention, la pharyngite supérieure rétro-nasale ne guérit presque jamais d'elle-même. Souvent chronique d'emblée, elle mérite tout particulièrement le nom de *pharyngite à répétition*, aussi bien que celle qui siège dans les replis voisins de la base de la langue, et nécessite un nettoyage complet, un écouvillonnage, un massage véritable de toute la muqueuse; car sans cela le mal, détruit par place, sommeillera dans quelques recoins pour se réveiller à la moindre occasion et produire des complications très graves.

Un nombre considérable de surdités en sont la conséquence, par suite de catarrhe des trompes et d'otites moyennes suppurées, d'atrésies consécutives du pavillon et du conduit. Les granulations pharyngiennes remontent, envahissent aussi l'oreille moyenne par la même voie de propagation. Les laryngites, les enrouements, les aphonies intermittentes qu'on observe chez les chanteurs, ont aussi très souvent pour cause la pharyngite supérieure, qui provoque une congestion passagère chaque fois que l'organe de la voix est surmené, ou par suite du moindre rhume.

J'ai observé, maintes fois, depuis plusieurs années, des personnes qui, par suite de ce qu'elles appelaient la délicatesse de leur voix, étaient obligées d'interrompre leurs études de chant. Elles ne pouvaient chanter une demi-heure sans être prises d'enrouement et de congestion pharyngienne. L'examen du pharynx nasal m'a toujours révélé, dans ces cas insolites, une inflammation chronique méconnue.

Le traitement rationnel de cette cavité a toujours été suivi de résultats inespérés.

Je ne voudrais pas charger la pharyngite supérieure de tous les méfaits, mais je crois qu'elle est une porte d'entrée de la tuberculose; porte d'entrée très importante parce que c'est en grande partie sur la muqueuse pharyngée que viennent se fixer les poussières atmosphériques entraînées dans les fosses nasales par l'inspiration. Elle entretient aussi le catarrhe chronique des fosses nasales et peut devenir à elle seule une cause d'ozène. J'ai observé, l'automne dernier, un cas de ce genre très instructif.

Un jeune homme de vingt-quatre ans vint me consulter pour une punaisie qui le rendait insupportable à ses voisins et lui avait fait perdre plusieurs emplois. Son haleine était d'une fétidité extrême; j'eus besoin de tout mon courage pour l'examiner complètement. La rhinite atrophique n'existait pas. Je ne trouvais pas dans ses fosses nasales des lésions suffisantes pour expliquer cette odeur nauséabonde.

La rhinoscopie me permit d'apercevoir deux larges ulcérations de chaque côté de l'entrée postérieure des fosses nasales et une petite ulcération vers le milieu de la cloison.

Je fis le curettage de ces ulcérations anfractueuses et les cautérisai à l'acide chromique, puis de larges irrigations au permanganate de potasse et au naphtol. Au bout de trois pansements pareils, l'haleine était notablement modifiée; en deux mois de traitement, les ulcérations et l'ozène avaient disparu. J'ai revu ce jeune homme le mois dernier; sa guérison s'est maintenue, mais il continue chaque soir des douches nasales avec une solution boriquée, ou de l'eau bouillie très légèrement additionnée de permanganate de potasse.

Le catarrhe chronique des méats, entretenu par la pharyngite supérieure, peut gagner le canal nasal, le sac lacrymal et les canalicules, y entretenir des sécrétions purulentes si redoutables pour les lésions cornéennes. Vous savez tous, Messieurs, combien les plaies cornéennes, si légères qu'elles soient, deviennent graves en présence d'un catarrhe du sac lacrymal, combien de cécités en sont le résultat.

Je veux dire deux mots aussi des granulations. Lorsqu'un malade arrive dans une clinique atteint de granulations

palpébrales, on néglige le plus souvent d'examiner son pharynx, et inversement d'examiner ses culs-de-sac palpébraux, lorsqu'il est atteint de granulations pharyngiennes. Si on faisait plus souvent cet examen, on constaterait, comme je l'ai fait moi-même, que les granulations existent simultanément dans les deux organes, au moins dans la moitié des cas. Quel a été l'organe primitivement atteint? la voie d'infection ? Ces granulations sont-elles de même nature et causées par le même agent infectieux ? Je ne saurais le dire, mais je crois que le pharynx nasal étant un lieu de prédilection pour les granulations, où on les laisse bien tranquilles, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elles suivent la même voie de pénétration dont je parlais tout à l'heure : le canal nasal et les voies lacrymales; soit qu'elles remontent du pharynx aux paupières, soit qu'elles suivent le même trajet en sens inverse. Je fais naturellement une grande réserve pour les granulations des pays chauds qui sont entretenues par les poussières atmosphériques et la malpropreté.

Pour apporter quelques faits à l'appui de ma thèse, j'ai fait le relevé des malades nouveaux qui sont venus à ma clinique pendant les trois premiers mois de cette année. Leur nombre s'élève à 408. J'en trouve parmi eux 60 chez lesquels existait en même temps une affection du pharynx, des yeux et des oreilles. Le plus jeune avait trois ans, le plus âgé vingt-huit. Je ne parle, bien entendu, que de ceux chez qui les trois maladies évoluaient en même temps.

Cette moyenne de 15 °/₀ paraîtra peut-être bien faible; je crois cependant qu'elle a une réelle importance, puisque les autres 85 °/₀ avaient tous un des trois organes malade, l'œil, l'oreille ou le pharynx.

Dans ces 60 cas, l'étude des antécédents m'a permis de constater que presque toujours c'est le pharynx qui a été malade en premier lieu.

En introduisant derrière le voile du palais une tige recourbée autour de laquelle j'avais enroulé de l'ouate hydrophile, j'ai toujours retiré cette ouate imprégnée d'une

sécrétion muco-purulente, qui devenait sanguinolente dès que je frictionnais la muqueuse un peu plus fortement.

C'est au moyen de cette ouate promenée dans le pharynx nasal que je fais le premier diagnostic; il est toujours confirmé par l'examen rhinoscopique.

C'est aussi par des badigeonnages, des frictions de toute la muqueuse rétro-nasale, que la guérison s'obtiendra le plus rapidement.

Lorsqu'il y a de fines végétations adénoïdes en nappe, ressemblant à du frai de grenouille étalé, elles saignent au moindre attouchement.

On peut les écraser de cette manière et les faire disparaître en quelques séances, sans aucun danger, sans un appareil instrumental effrayant.

Le traitement de la pharyngite supérieure doit consister en irrigations d'arrière en avant au moyen d'une longue canule recourbée introduite derrière le voile du palais et fixée d'autre part à un tube de Weber ou à n'importe quelle seringue.

Je me sers d'une canule de 20 centimètres de long recourbée à angle droit sur une longueur de 3 à 4 centimètres. Il est facile de la tenir à la main, d'introduire l'extrémité recourbée derrière le voile du palais, et d'irriguer largement au moyen d'une solution antiseptique non irritante qui s'écoule par les fosses nasales antérieures.

Après l'irrigation, il faut écouvillonner plus ou moins toute la région suivant la nature et le degré du mal; puis, en troisième lieu, badigeonner avec un mélange caustique ou astringent. Le mélange auquel je donne la préférence est composé de glycérine iodée au vingtième, ou d'acide lactique au sixième additionné d'un peu de cocaïne. Cette dernière solution, qui ne tache pas le linge, m'a toujours donné de bons résultats, et je l'ai expérimentée sur moi-même plusieurs fois.

Malheureusement ce traitement n'est pas facile à exécuter; les parents s'y refusent bien souvent, les enfants s'y soumettent avec peine, et les praticiens de la campagne, souvent

éloignés de la demeure de leur malade, ne peuvent l'appliquer d'une manière suivie.

Cependant les résultats que l'on obtient avec quinze jours ou trois semaines d'irrigation journalière et de badigeonnage quotidien m'ont paru surprenants et dignes de vous être présentés.

Sans cette persévérance et cette régularité, sans le badigeonnage du pharynx supérieur après l'irrigation antiseptique, on ne peut obtenir une guérison complète et définitive. Les douches de Weber n'ont pas le pouvoir de déterger suffisamment, de modifier assez profondément les parties malades, souvent cachées dans un repli de la muqueuse. Les médications suivies jusqu'à ce jour, sans excepter les saisons aux eaux sulfureuses, produisent une amélioration très sensible qui donne pendant un certain temps l'illusion d'une guérison complète. Mais fatalement le mal reparaît, même avec des complications du côté des organes voisins qui auraient été certainement évitées par l'emploi, dès le principe, du traitement radical de tout le pharynx nasal, tel que je viens d'avoir l'honneur de vous l'exposer.

DISCUSSION

M. Guillaume. — J'ai obtenu d'excellents résultats dans le traitement de cette affection en pratiquant le massage soit avec un tampon d'ouate, soit avec le doigt rendu aseptique.

M. Raugé. — Il y a cinq ou six ans, on n'aurait pas manqué en Allemagne de faire des formes décrites par M. Vacher une inflammation de la bourse de Luschka. Je félicite mon collègue de ne pas avoir même prononcé ce mot. On a, je crois, à peu près renoncé à cette localisation ingénieuse des inflammations pharyngiennes dans un organe qui n'existe pas, et personne ne croit plus guère à cette chimère pathogénique qui fut la maladie de Tornwaldt. Il n'y a pas d'inflammation de la bourse de Luschka parce qu'il n'y a pas de bourse de Luschka, et dans une série de recherches anatomiques que j'ai publiées il y a quelques années, je n'ai jamais rien rencontré qui ressemble à la description de l'anatomiste allemand. Ce qu'on trouve

dans le pharynx nasal, ce sont des cryptes creusées dans le tissu de l'amygdale pharyngée comme dans celui des amygdales palatines. Ce sont ces cryptes qui sécrètent dans l'inflammation chronique de la région, et les formes décrites par M. Vacher ne sont que des amygdalites chroniques de la troisième amygdale.

M. Vacher. — Je n'ai pas parlé de la glande de Luschka parce que je ne crois pas qu'elle soit la cause de la pharyngite rétro-nasale, du moins dans la majorité des cas.

J'ai voulu simplement attirer l'attention de la Société sur les complications sérieuses qui proviennent de cette pharyngite, et j'ai vu récemment un fait de granulations du sac lacrymal et du canal nasal qui avait cette origine, car les culs-de-sac conjonctivaux étaient intacts. J'ai observé de même nombre de laryngites, d'aphonies intermittentes, qui cédaient au traitement du pharynx nasal. Je crois qu'il faut toujours ménager le larynx et qu'il est préférable d'agir énergiquement sur les parties voisines. Le larynx est un organe délicat qui n'aime pas être touché ni irrité par des topiques.

RÉSULTATS DE L'INTUBATION DU LARYNX PAR LA MÉTHODE DE O'DWYER

Par le Dr **BONAIN** (de Brest).

Le but de ce travail a été d'exposer l'ensemble des résultats acquis par l'intubation du larynx suivant la méthode d'O'Dwyer et d'insister sur l'utilité de cette intervention éminemment pratique. C'est avec regret qu'il faut constater le peu de faveur dont a joui jusqu'à présent dans notre pays cette précieuse ressource de l'art de guérir pourtant française par ses origines. Encore sous le coup de la condamnation jadis prononcée par l'Académie de Médecine, l'intubation reste surtout peu connue chez nous. Je pense que c'est faire œuvre utile que de contribuer à la faire mieux connaître.

Je ne décrirai pas ici les instruments d'O'Dwyer, ni le manuel opératoire de l'intubation. J'insisterai seulement sur la nécessité qu'il y a de posséder des tubes de construction

irréprochable si l'on veut obtenir de bons résultats. Les tubes de section elliptique et à renflement médian bilatéral sont d'une fabrication particulièrement difficile. O'Dwyer et Dillon-Brown (1) assurent qu'il est impossible de les copier exactement sans instructions précises. Le plus grand nombre des tubes autres que ceux fabriqués par Ermold (de New-York) serait imparfait; plusieurs de ces imitations seraient même dangereuses. Les diverses modifications apportées aux tubes originaux sont en général peu heureuses et ne font la plupart du temps que reproduire un défaut déjà corrigé par O'Dwyer lui-même qui, avant d'arriver à un tube lui donnant satisfaction, a bien étudié et expérimenté une dizaine de modèles différents.

I. — RÉSULTATS OBTENUS PAR L'INTUBATION DU LARYNX DANS LE CROUP

O'Dwyer raconte volontiers que si, dans sa pratique, la trachéotomie dans le croup, lui avait seulement donné une guérison sur dix, il n'aurait probablement jamais songé à l'intubation du larynx. Ses expériences, commencées en 1880, ne prirent fin qu'en 1885. Les premières statistiques des résultats obtenus se ressentent des conditions dans lesquelles se fit au début l'intubation. C'était, écrit Mc Naughton (2), le plus souvent, chez des malheureux, dans des taudis, sur des enfants laissés sans soins, ou bien sur des malades à qui la trachéotomie avait été refusée, soit à cause de leur tout jeune âge, soit en raison de la gravité de leur état général, que les partisans de l'intubation pouvaient appliquer la méthode d'O'Dwyer.

Une statistique intéressante, à ce point de vue, est celle qu'a publiée récemment Dillon-Brown (3). De juin 1885 à janvier 1893, ce médecin a pratiqué l'intubation dans 573 cas

(1) « The construction of O'Dwyer tubes », by Dillon-Brown. New-York, 1890.
(2) « Treatment of true croup by intubation of the larynx ». New-York, 1892.
(3) *Arch. of Pediatrics*, march 1893.

de croup qu'il a divisés comme il suit en séries, pour l'appréciation plus exacte des résultats :

Cas 1 à 100.	Juin	1885 à août	1887.	22 °/₀	de guérisons.
101 à 200.	Août	1887 à octobre	1888.	32 °/₀	»
201 à 300.	Octobre	1888 à nov.	1889.	33 °/₀	»
301 à 400.	Nov.	1889 à avril	1891.	29 °/₀	»
401 à 500.	Avril	1891 à avril	1892.	36 °/₀	»
501 à 573.	Avril	1892 à janvier	1893.	45 °/₀	»

Il est assez difficile d'établir une comparaison exacte des résultats obtenus par la trachéotomie et l'intubation en se basant sur de simples chiffres pris de divers côtés. La diphtérie n'a point partout la même gravité et nous voyons la trachéotomie donner des résultats fort différents suivant les régions où elle est pratiquée. A Genève (1) par exemple, sur 244 cas opérés de 1872 à 1888 à l'hôpital cantonal et à la Maison des Enfants malades, nous voyons la proportion des guérisons s'élever à 51 °/₀, tandis qu'à Paris, de Saint-Germain (2) sur 329 cas n'obtient que 25 °/₀ de succès. Le génie épidémique est également variable suivant les époques, et il est utile que les comparaisons portent sur des périodes de temps similaires. Ces conditions réunies, la comparaison ne sera pas encore bien souvent exacte, car les deux opérations ne se font pas toujours dans des situations identiques. Beaucoup de médecins, en effet, hésitent à pratiquer la trachéotomie au dessous de l'âge de deux ans, ou encore s'abstiennent d'opérer quand l'état général du malade ne laisse aucun espoir de guérison. L'intubation au contraire, se fait à tous les âges et dans tous les cas, souvent sans grand espoir de guérison, simplement comme moyen de soulager le malade.

Deux auteurs américains, Geo. Mc Naughton et W. Maddren (3), ont fait en 1892 une enquête auprès d'environ

(1) D'Espine et Picot. « Manuel pratique des Maladies de l'enfance », 1889,
(2) « Chirurgie des enfants », 1884.
(3) « Statistics of the different methods of treating true croup », compiled by Geo. Mc Naughton and W. Maddren. New-York, 1892.

quatre cents médecins de tous pays, au sujet des résultats obtenus dans le traitement du croup, tant par la trachéotomie que par l'intubation; sur ce nombre, plus de deux cents, la plupart américains, ont répondu. Le nombre des trachéotomies ainsi relevé s'élève à 2417 avec 586 guérisons, soit 24,2 %. Le nombre des cas traités par l'intubation est de 5546 avec 1691 guérisons, soit 30,5 %.

A New-York, les statistiques les plus importantes d'intubation sont celle d'O'Dwyer qui comprend 300 cas avec 30 % de succès, et celle de Dillon-Brown qui comprend 545 cas avec 31,3 % de succès.

Des statistiques de trachéotomies, celle du Prof. Jacobi est la plus importante, comprenant 650 cas avec 19 % de succès.

A Chicago, Waxham sur 425 cas obtient par l'intubation 35,5 % de succès. Sur 30 trachéotomies il n'a pu obtenir qu'une guérison.

A Philadelphie, Shimwell sur 137 cas d'intubation a eu 45,9 % de succès.

Thomas sur 42 cas n'obtient que 21,2 % de succès au moyen de la trachéotomie.

Au Boston City Hospital, 392 intubations donnent 20,4 % de succès, et 466 trachéotomies, 23,8 % de succès.

Dans la pratique privée, Whitney (Boston), sur 78 cas traités par l'intubation, obtient 33 % de succès.

En Europe, la méthode d'O'Dwyer se répand peu à peu, justement appréciée. Dans plusieurs hôpitaux d'enfants, notamment au Kinderspital de Zürich et au Stephanie-Kinderspital de Budapest, elle a remplacé la trachéotomie comme intervention de choix dans le traitement du croup.

Le Prof. Ranke (de Munich) (1) a récemment fait une enquête sur les résultats obtenus dans les pays de langue allemande, par la trachéotomie et l'intubation dans le croup. Sur 1324 cas de croup primitif, l'intubation a donné 516 guérisons, soit 39 %. Sur 1118 cas, la trachéotomie a

(1) *Münch. med. Woch.*, n° 44, 1893.

donné 435 guérisons, soit 38,9 %. Dans le croup secondaire (presque toujours à la rougeole), 122 intubations ont donné 22,3 % de succès, et 42 trachéotomies 26 %.

Ganghofner (Prague), dont la statistique la plus récente comprend 498 intubations ayant donné 213 guérisons, soit 42,7 %, a pratiqué la trachéotomie et l'intubation dans les mêmes conditions, pendant la même épidémie de diphtérie et sur à peu près le même nombre d'enfants (1).

Sur 42 intubés âgés de neuf mois à six ans, 8, soit 19,5 %, guérirent; 21 fois la trachéotomie secondaire fut pratiquée et tous les opérés succombèrent. Sur 45 enfants âgés de onze mois à six ans qui furent trachéotomisés, 4 seulement, soit 8,8 %, guérirent.

A Zürich (2), au Kinderspital, l'intubation dans le croup a donné de 1888 à 1891, sur 74 cas, la proportion de 43,3 % de guérisons. La trachéotomie y avait donné de 1874 à 1888, sur 350 cas, 35 % de succès. Au Cantonspital de la même ville, de 1881 à 1891, la trachéotomie a donné, sur 408 cas, 39 % de guérisons.

Moll (Arnheim) (3), sur 100 intubations a obtenu 40 % de succès. La trachéotomie lui a donné dans 11 cas 36,4 %.

Bókaï, de 1888 à 1890 (4), a pratiqué, au Stephanie-Kinderspital de Budapest, 182 trachéotomies pour croup avec un résultat de 16,4 % de guérisons; les croups d'emblée, c'est-à-dire sans manifestations pharyngées de la diphtérie, ayant donné 39 % de succès, et les croups consécutifs à une diphtérie du pharynx, 14 0/0 seulement. De 1890 à 1891, 109 croups traités par l'intubation lui ont donné 34 % de guérisons, 41 % pour les croups d'emblée et 30 % pour ceux accompagnés d'angine diphtéritique. De 1890 à 1893 (5), le nombre des cas traités par l'intubation s'est élevé à 291 avec 34 % de succès, 47,5 % pour les croups d'emblée

(1) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd XXX, Heft 3, 1890.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Revue de Laryngologie*, nº 20, 15 octobre 1891.
(4) Verhand. der Gesellsch. f. Kinderheilk. in Halle, septembre 1891.
(5) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd XXXV, janvier 1893.

et 30, °/₀ pour les croups accompagnés d'angine. Enfin, de 1890 à 1894 (1), 500 cas ont donné une proportion de guérisons s'élevant à 33,4 °/₀.

En France, Jacques (Marseille) avait pratiqué ou vu pratiquer, pendant les années 1884, 1885 et 1886, plus de quarante trachéotomies pour croup avec une seule guérison comme résultat. Essayant l'intubation, il obtint en 1887-1888 deux guérisons sur 13 cas (2). Au commencement de l'année 1891, il avait pratiqué l'intubation dans 68 cas avec un résultat de 21 guérisons, soit une proportion de 30,8 °/₀.

En Italie, Massei (Naples) a fait seulement 17 intubations pour croup avec 30 °/₀ de guérisons. La trachéotomie pratiquée dans 21 cas lui avait donné 38 °/₀ de succès. Il tient les résultats des deux méthodes pour égaux, mais donne la préférence à l'intubation, à cause de sa simplicité comme intervention (3).

Egidi (Rome) (4) a pratiqué, de 1885 à 1889, 42 trachéotomies, 31 pour croup d'emblée avec 61,3 °/₀ de succès, et 11 pour croup consécutif à une angine diphtéritique avec un seul succès, encore relatif (l'enfant mourut de paralysie respiratoire au 45e jour, la plaie trachéale étant cicatrisée). En tout 45 °/₀ de succès.

De 1889 à 1894 il a pratiqué la trachéotomie dans 42 cas et l'intubation dans 85 cas. La trachéotomie, faite à partir de l'âge d'un an et seulement chez les sujets en état de la supporter, a donné 33,3 °/₀ de guérisons. Cette série comprend 27 croups d'emblée et 15 croups consécutifs à une diphtérie pharyngée. L'âge moyen des opérés est compris entre trois et six ans.

L'intubation faite dès les premiers mois de la vie, dans les cas les plus graves, souvent chez des sujets à l'agonie, a donné 21,1 °/₀ de succès. Cette seconde série comprend

(1) Lettre de janvier 1894.

(2) « Intubation du larynx dans le croup. » Thèse de Paris 1888.

(3) Lettre d'avril 1894.

(4) Rapport fait à la section de Pédiatrique du Congrès international de Rome 1894.

58 croups d'emblée, 18 croups consécutifs à une diphtérie du pharynx et 9 croups consécutifs à la rougeole. L'âge moyen des intubés est compris entre 1 et 3 ans.

Pour clore cette longue contribution à la statistique des résultats généraux de la trachéotomie et de l'intubation dans le croup, qu'il me soit permis d'exposer les résultats de ma pratique de l'intubation. De la fin de 1892 à avril 1894 j'ai fait l'intubation du larynx dans 23 cas, 2 de croup d'emblée (diagnostic confirmé par l'examen bactériologique) et 21 de croup consécutif à une diphtérie du pharynx. Des croups d'emblée (enfants de onze et vingt mois), 1 a guéri. Des croups consécutifs (enfants de vingt-deux mois à dix ans), 7 ont guéri. Soit pour les 23 cas une proportion de 34,7 °/₀ de guérisons.

J'ai tout lieu d'être satisfait de ces résultats, le croup à Brest étant très meurtrier et la trachéotomie n'y donnant guère en moyenne plus de 15 °/₀ de succès. L'intubation m'a permis de sauver des enfants sur lesquels on n'eût point tenté la trachéotomie à cause de leur tout jeune âge et dont les parents, pour quelques-uns, n'eussent pas accepté cette opération.

Il est maintenant important de considérer les résultats des deux interventions dans les deux ou trois premières années de la vie. La mortalité, au dessous de l'âge de deux ans, est telle à la suite de la trachéotomie pour croup, que beaucoup de médecins hésitent à pratiquer cette opération chez les tout jeunes enfants.

Nous trouvons comme chiffres des résultats obtenus par la trachéotomie de un à trois ans les proportions suivantes : Isambert, 10,5 °/₀ ; Schwalbe (Berlin), 10 °/₀ ; Krönlein (Berlin), 13 °/₀ ; Krönlein (Zürich), 20,5 °/₀ ; Von Muralt (Zürich), 18,2 °/₀.

Dans l'enquête faite par Ranke (1), nous trouvons que, dans le cours de la première année, la trachéotomie a donné 5,4 °/₀ de guérisons, et de un à deux ans, 25,4 °/₀ . .

(1) *Loc. cit.*

En ce qui concerne l'intubation, ce même auteur nous fournit les chiffres suivants : dans le cours de la première année, 13,9 °/₀ ; et de un à deux ans, 32,3 °/₀.

F. Huber (New-York) (1), sur 29 cas au dessous de trois ans, a 38 °/₀ de succès.

Whitney (Boston) (2), sur 32 cas au dessous de trois ans, obtient 28,1 °/₀ de succès.

Au Kinderspital de Zürich, la proportion est de 37 °/₀ pour 35 cas au dessous de trois ans.

Bókaï (Budapest) (3), sur 100 cas au dessous de deux ans, a 18 guérisons.

Moll (Arnheim), sur 31 cas au dessous de trois ans, obtient les chiffres suivants :

6	cas au dessous d'un an	: 33 °/₀	de guérisons.
8	» de un à deux ans	: 37 °/₀	»
17	» de deux à trois ans	: 41 °/₀	»
	En tout	: 38 °/₀	»

L'examen des nombreux chiffres qui précèdent est suffisant, je pense, pour convaincre sinon de la supériorité, du moins de l'égalité des résultats obtenus par l'intubation comparés à ceux que donne la trachéotomie. En considérant les conditions de pratique des deux interventions, leurs inconvénients et leurs dangers respectifs, enfin les conséquences proches ou éloignées auxquelles elles peuvent donner lieu, il nous serait facile d'établir que même à nombre égal de guérisons obtenues, l'intubation s'impose comme méthode de choix dans le traitement de la sténose laryngée du croup ; la trachéotomie devant rester réservée à certains cas spéciaux et assez rares. Cette comparaison nous entraînerait hors des limites de ce travail et nous nous bornerons à énumérer les avantages que présente l'intubation sur la trachéotomie.

(1) Notes lues devant l'Académie de Médecine de New-York, juin 1887.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

1º L'intubation est une intervention facilement acceptée par les familles.

2º Simple, rapide, n'exigeant pas la présence d'aides spéciaux, elle peut devenir pour tous les praticiens une opération familière susceptible de rendre les plus grands services.

3º Utilisable chez les enfants du plus jeune âge, elle soulage aussi efficacement et plus rapidement que la trachéotomie la dyspnée due au rétrécissement des premières voies aériennes.

4º Les accidents immédiats ou éloignés auxquels elle peut donner lieu sont moins nombreux, moins fréquents, en général moins graves et plus facilement évitables que ceux qui surviennent au cours de la trachéotomie ou qui lui font suite.

5º Les complications pulmonaires sont moins fréquentes, l'air passant par ses voies naturelles, et le danger d'infection des poumons par une plaie voisine de l'entrée des bronches se trouvant écarté.

6º L'expectoration est plus facile par le tube d'O'Dwyer que par la canule trachéale, tant à cause de la direction à peu près rectiligne et de l'étroitesse relative de son conduit que par la situation de son orifice supérieur au point le plus élevé du conduit laryngo-trachéal. Ces conditions donnent à la toux une force d'expulsion considérable qui maintient la liberté du tube et assure un bon drainage de la trachée et des bronches.

7º L'opération n'étant pas sanglante, c'est pour les tout jeunes enfants surtout la suppression d'une cause d'affaiblissement.

8º Les soins consécutifs sont plus simples et, à part l'intervention, du médecin quand il y a lieu, se bornent à l'alimentation et à la surveillance du malade.

9º L'enfant intubé peut converser à voix basse avec ceux qui l'entourent et leur exprimer ses besoins et ses désirs.

10º Une fois la diphtérie guérie, le rétablissement du malade est plus rapide. Il n'existe aucune trace extérieure de l'intervention, et le sujet n'est pas exposé à rester atteint

d'une infirmité pénible et dangereuse telle que le maintien à demeure, pendant une durée plus ou moins prolongée, quelquefois indéfinie, de la canule trachéale dont le retrait est devenu impossible pour un motif quelconque (spasme du larynx, formation de bourgeons trachéaux, rétrécissement cicatriciel).

11° En cas de nécessité, la trachéotomie peut enfin être pratiquée, le tube pouvant alors servir utilement de guide pour cette opération. Ajoutons que la trachéotomie secondaire dans le croup est très rarement suivie de bon résultat.

II. — RÉSULTATS DE L'INTUBATION EN DEHORS DE LA DIPHTÉRIE DANS LES LARYNGOSTÉNOSES AIGUES OU CHRONIQUES

En dehors de la diphtérie, dans les sténoses aiguës ou chroniques du larynx, l'intubation s'affirme encore dans beaucoup de cas comme une intervention de choix. Tandis que la trachéotomie n'est bien souvent qu'une opération palliative, l'intubation est en outre assez fréquemment curative. C'est merveille, écrit le Prof. Massei, de voir comment une sténose aiguë ou chronique du larynx peut céder rapidement à la dilatation permanente par l'intubation.

Les inconvénients que peut présenter ici la méthode d'O'Dwyer sont des plus légers et peuvent se réduire à trois : le rejet du tube, la gêne de la déglutition et les érosions du larynx. Il est souvent facile de les éviter par le choix de tubes bien construits et appropriés à chaque cas. Le larynx fait souvent preuve d'une grande tolérance pour le séjour même longtemps prolongé d'un tube. Dans un cas cité par O'Dwyer (1), une malade traitée pour sténose du larynx d'origine syphilitique, d'abord par la trachéotomie, ensuite par l'intubation, fut perdue de vue et conserva pendant dix mois sans inconvénients un tube métallique à demeure. Enchantée de la substitution du tube laryngien à

(1) « Intubation in chronic stenosis of the larynx, with a report of five cases. » New-York, 1888.

la canule trachéale, elle n'avait plus reparu chez le médecin, de peur de se voir réintroduire celle-ci. Le seul inconvénient de ce séjour prolongé du tube dans le larynx avait été l'incrustation de ses parois extérieures par des matières calcaires. Cette incrustation ne se produit pas avec l'emploi de tubes en caoutchouc durci ou en or, préférables pour les intubations de longue durée.

Les tubes à section elliptique peuvent ne pas convenir à tous les rétrécissements et il est quelquefois utile de se servir de tubes cylindriques. En général, le traitement des sténoses laryngées par l'intubation consiste à obtenir d'abord une dilatation suffisante à l'aide de tubes de grosseur progressive, puis à introduire un tube de calibre et de longueur convenables, destiné à rester en place un certain nombre de jours.

Passons en revue les cas de sténose aiguë ou chronique dans lesquels l'intubation a été employée, et notons les résultats obtenus.

1° *Sténoses aiguës.* — Lefferts (de New-York) (1) a, l'un des premiers, employé avec d'excellents résultats l'intubation dans les sténoses aiguës du larynx dues à la syphilis tertiaire.

Massei (de Naples) (2) s'en est montré également satisfait dans les sténoses syphilitiques d'allure aiguë. Elle lui a aussi permis de soulager et d'améliorer des malades atteints de sténose tuberculeuse. L'œdème et l'infiltration de la muqueuse ne lui paraissent pas être une contre-indication ; ils n'opposent pas au passage du tube une grande résistance et lui permettent de se fixer.

Rosenberg (3) a pratiqué l'intubation dans un cas de laryngite sous-glottique et a obtenu la disparition de la sténose en deux jours.

Baër (4) rapporte l'observation d'une brûlure du larynx survenue chez un enfant de cinq ans tombé dans une fosse pleine de chaux à demi éteinte. Une sténose considérable

(1) Xe Congrès international de Médecine. Berlin 1890.
(2) *Revue de Laryngol.*, 15 juillet 1891.
(3) *Berl. klin. Woch.*, 21 août 1893.
(4) *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 2 décembre 1892.

du larynx s'ensuivit et, le lendemain de l'accident, il fallut pratiquer l'intubation. Le tube fut définitivement extrait au bout de douze jours et l'enfant guérit.

Scheier (1) a employé avec succès l'intubation dans un cas de fracture des cartilages thyroïde et cricoïde à la suite d'un coup de pied de cheval.

Simpson (de New-York) (2) l'a également employée avec succès dans un cas de fracture du larynx.

2° *Sténoses chroniques.* — L'intubation rend encore dans ces cas les plus grands services et souvent réclame le premier rang comme méthode de traitement.

O'Dwyer, Dillon-Brown, Lefferts (3), Bleyer, Simpson, en Amérique; Scheier, Rosenberg, en Allemagne; Massei, Egidi, en Italie, ont obtenu dans le traitement des sténoses cicatricielles dues à la syphilis tertiaire d'excellents résultats de la pratique de l'intubation.

Massei et Egidi en ont retiré des services dans les sténoses tuberculeuses.

Dans le cas de papillomes multiples du larynx, Massei (4) a pratiqué avec succès l'intubation après curettage. Rosenberg (5) l'a utilisée en pareil cas lors des moments de gêne respiratoire, opérant par la voie endo-laryngée dans les intervalles. Dans le cas de papillomes volumineux ayant aboli l'émission de la voix et déterminant une gêne considérable de la respiration, il a vu l'intubation faire disparaître la dyspnée et rétablir la voix dans un état presque normal.

Ce même auteur a retiré de bons résultats de l'intubation dans le spasme des adducteurs. Scheier (6) rapporte aussi un cas de spasme des adducteurs traité avec succès par l'intubation.

(1) Soc. Laryng. de Berlin, 15 juillet 1892.

(2) *Medical Record,* 15 avril 1893.

(3) « Intubation of the larynx in acute and chronic syphilitic stenosis as a substitute for tracheotomy and the method of Schrœtter. » New-York.

(4) *Loc. cit.*

(5) *Berlin. klin. Woch.*, n° 34, 1893.

(6) *Loc. cit.*

Lefferts, Simpson (1), O'Dwyer, Flatau (2), ont utilisé l'intubation dans la paralysie des abducteurs. Dans un cas, O'Dwyer (3) réséqua une portion des cordes vocales immobilisées, pratiqua l'intubation longtemps prolongée et obtint un bon résultat.

Massei, Flatau, en ont retiré de bons résultats dans le cas de pachydermie grave du larynx.

Enfin, une précieuse application de l'intubation du larynx a été faite par plusieurs praticiens aux cas où après la trachéotomie, il est impossible d'opérer le retrait de la canule, pour un motif quelconque.

En 1890, M. Gambert (4), interne à l'hôpital Trousseau, rapporte deux observations d'enfants trachéotomisés pour croup et qui avaient encore leur canule, l'un depuis quarante jours, l'autre depuis sept mois. Aucune des tentatives habituellement employées dans ce cas n'ayant réussi, l'intubation fut pratiquée et, dans l'espace de quatre à cinq jours, la liberté du conduit laryngo-trachéal se trouva rétablie.

Baër (5) donne les observations de 9 cas observés à l'hôpital des enfants de Zürich, où le retrait de la canule trachéale ne fut possible que grâce à l'intubation. Dans un de ces cas, la trachéotomie avait été faite pour corps étranger du larynx et dans les 8 autres pour croup. Dans la plupart de ces cas, il existait un rétrécissement cicatriciel du larynx ou de la trachée.

L'un des patients, âgé de douze ans, portait sa canule depuis deux cent quarante-cinq jours; un autre, âgé de six ans, après avoir subi sans résultat quatre fois la trachéotomie, et après l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas, avait depuis six années sa canule à demeure. Le résultat fut, dans tous ces cas, excellent après la pratique plus ou moins prolongée de l'intubation.

(1) Congrès de l'Assoc. Laryng. Américaine, mai 1893.
(2) Soc. Laryng. Berlin, 15 juillet 1892.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Paris médical*, 22 février 1890.
(5) *Loc. cit.*

Rosenberg (1), dans un cas semblable, chez un enfant trachéotomisé depuis six mois pour croup, et chez lequel des bourgeons trachéaux empêchaient lc retrait de la canule, fit le curettage de la trachée et l'intubation du larynx.

Au bout de cinq jours, le tube fut extrait, et la perméabilité du conduit trachéal se trouva définitivement rétablie.

UN CAS DE RHINOLITHE

Par le Dr **NOQUET** (de Lille).

Bien que le premier cas de rhinolithe signalé dans la science et rapporté par Mathias de Gardi (2) remonte à 1502, il est permis de dire que ces accumulations calcaires sont surtout bien connues depuis ces dernières années. Aidés par une méthode d'éclairage que l'on pourrait qualifier de parfaite, les rhinologistes ont étudié complètement la question et découvert des productions qui, autrefois, auraient certainement passé inaperçues. Les observations se sont multipliées. Je ne crois pas utile de citer ici tous les noms des auteurs auxquels elles sont dues. Vous avez pu voir ces noms dans les traités didactiques ou dans les journaux spéciaux.

Je tiens, cependant, à rappeler que l'un des mémoires les plus complets sur ce sujet est celui de notre regretté collègue Charazac. J'ai déjà mentionné ce mémoire (3) en 1890, dans une communication sur un cas de rhinolithe, faite à cette Société, le même jour qu'une autre de M. Ruault (4) intitulée : *Trois cas de rhinolithiase*.

Je dirai encore que, tout récemment (15 mars 1894), dans un travail fort intéressant ayant pour titre : *Des Rhinolithes*

(1) *Loc. cit.*

(2) Mathias de Gardi. « Pratica » Venetiis, 1502 ; pars II, cap. xiv, p. 408.

(3) Charazac. « Etude sur les rhinolithes » (*Revue médicale de Toulouse*, 1er août et 1er septembre 1888).

(4) Ruault. « Trois cas de rhinolithiase » (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 1890, p. 530).

spontanées; nécessité de pratiquer l'examen histologique et chimique, M. Moure (1) a, entre autres, décrit un cas où l'accumulation calcaire s'était produite autour d'un amas de sang et renfermait, dans sa masse, de nombreux microbes. Du reste, si je vous demande la permission de revenir sur les rhinolithes, en ajoutant une observation à celles déjà connues, ce n'est pas au point de vue de la formation et de la constitution de ces productions que je désire me placer, cette étude n'étant plus à faire, mais bien au point de vue des symptômes qui, pour le cas spécial, m'ont paru offrir un certain intérêt.

J'ajouterai que les rhinolithes sont rares. M. Ruault, dans sa communication de 1890, disait n'en avoir rencontré que 3 cas, sur trois mille malades dont il avait examiné les fosses nasales. En ce qui me concerne, je n'en ai vu que 2 cas, dans le cours d'une pratique déjà assez longue : le cas de 1890, et celui dont je vais avoir l'honneur de vous parler.

Mlle M..., âgée de trente-trois ans, vient me consulter, le 29 janvier 1894. Elle est tourmentée, dit-elle, depuis sa première enfance, par une odeur fétide qui s'exhale de sa bouche, odeur qu'elle perçoit elle-même, et qui est perçue par les autres. Aussi loin que remontent ses souvenirs, elle se rappelle qu'on lui a reproché cette mauvaise odeur, sans lui ménager les railleries, et cette haleine fétide a été, pour elle, la cause de bien des ennuis.

Elle a d'ailleurs consulté de nombreux médecins et de nombreux dentistes à ce sujet. Elle a essayé une foule de gargarismes, de poudres, et fait arracher plusieurs dents cariées, sans succès. La mauvaise odeur, qui a résisté à tous les traitements, a même plutôt augmenté d'intensité dans ces dernières années. Mlle M... désirerait savoir si elle n'a rien de particulier dans la gorge, et c'est là ce qui l'a amenée chez moi.

Interrogée, elle dit qu'elle a toujours mouché très peu, que jamais aucune sécrétion épaisse ou de forme croûteuse ne sort de son nez et qu'elle respire librement par les fosses nasales. Je sens, en effet, à la

(1) Moure. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, no 6, 15 mars 1894.

hauteur du nez et de la bouche, une odeur fétide, ressemblant un peu à celle de l'ozène, mais certainement moins accentuée.

Commençant l'examen par les fosses nasales, je constate que la gauche ne présente rien d'anormal, si ce n'est peut-être une légère hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur. A droite, j'aperçois, sur le plancher, en avant du cornet inférieur, avec lequel elle est en contact, une petite masse à peu près sphérique, et d'un centimètre environ de diamètre. De couleur gris verdâtre, cette petite masse a l'aspect des croûtes que l'on rencontre dans la rhinite atrophique. Je dois dire que, de ce côté aussi, la muqueuse du cornet inférieur est assez fortement hypertrophiée, et qu'il n'existe, ni sur les cornets, ni dans les méats, aucune trace de sécrétion. Avec un stylet, je m'assure que la petite masse est très dure, de consistance pierreuse, et qu'elle est implantée sur le plancher. Un stylet, recourbé à angle droit à son extrémité, me démontre qu'elle n'adhère pas à la partie antérieure du cornet inférieur. Mais je ne peux avec ce stylet l'attirer en avant; l'implantation paraît solide.

Le diagnostic de rhinolithe ne pouvait faire aucun doute, et, bien que Mlle M... n'eût gardé aucun souvenir de l'introduction d'un corps étranger dans sa fosse nasale, je pensai à une incrustation calcaire développée autour d'un corps de ce genre. Je n'hésitai pas non plus à admettre que la mauvaise odeur était due à la présence de cette rhinolithe; les sécrétions nasales qui s'accumulent, pour y séjourner, à la surface et entre les aspérités de la production, s'y putréfient et provoquent la fétidité que l'on constate toujours en pareil cas.

L'arrière-cavité des fosses nasales, le pharynx, le larynx et le commencement de la trachée étaient, du reste, absolument normaux; il n'y avait, dans ces régions, rien qui pût faire supposer l'existence d'une pharyngo-laryngite sèche ou d'un ozène laryngo-trachéal. Les dents assez nombreuses qui restaient étaient saines et propres.

L'ablation de la rhinolithe ayant été acceptée par la malade, j'y procédai immédiatement. Après avoir cocaïné fortement la muqueuse, je détruisis, à l'aide d'une petite spatule, les adhérences qui fixaient la rhinolithe au plancher des fosses nasales, et pus ensuite l'amener facilement au dehors, avec une pince.

J'ai pensé qu'il valait mieux vous présenter cette rhinolithe en entier, et ne l'ai pas encore sciée. Mais je m'attends à trouver, à son centre, un corps étranger sphérique, comme un noyau de cerise ou comme un bouton de bottine. J'ai

eu, précisément, l'occasion d'extraire, en 1887, de la fosse nasale gauche d'un enfant de neuf ans et demi, un bouton de bottine, recouvert, en quelques points de sa surface, d'une mince couche de calcaire, et provoquant, depuis plus d'une année, une odeur très fétide. L'observation a été publiée dans le *Bulletin médical du Nord.*

Ainsi que vous pouvez le voir, cette rhinolithe représente, assez bien, une petite sphère très dure, d'environ 1 centimètre de diamètre, et aplatie à l'un de ses pôles, celui qui adhérait à la muqueuse du plancher. Elle était recouverte, au moment de l'extraction, d'un enduit croûteux, gris verdâtre, assez mince, qui a disparu depuis, et elle exhalait, à cette époque, l'odeur fétide qui était bien celle dont la malade se plaignait. Sa surface rugueuse offre, de distance en distance, de petites aspérités plus prononcées; sur la surface aplatie qui s'implantait dans la muqueuse, on voit trois saillies assez accentuées. Actuellement, la rhinolithe est de couleur brune avec quelques taches blanchâtres.

L'extraction, qui avait été suivie d'un écoulement de sang insignifiant, fit disparaître complètement la mauvaise odeur. La malade, que j'ai revue depuis, à trois reprises, est enchantée de ce résultat qui lui permet de n'être plus un objet de répulsion.

Il y avait sur le plancher de la fosse nasale, au point d'implantation, une sorte de petite plaie bourgeonnante, dont la guérison fut rapide, grâce à des pulvérisations antiseptiques (solution de résorcine et d'acide borique).

Cette rhinolithe différait complètement de celle dont j'ai parlé en 1890. Celle de 1890, de couleur gris blanchâtre, était beaucoup plus volumineuse et beaucoup moins dure. Elle remplissait presque toute la fosse nasale droite, déjetait, en dehors, l'os propre du nez correspondant, et s'était réduite en plusieurs fragments sous l'action de la pince. Je rappelle qu'elle contenait, à son centre, un petit morceau de soie noire replié sur lui-même, qui avait probablement été introduit dans la fosse nasale pour arrêter une épistaxis. Elle provoquait un écoulement assez abondant de mucosités

épaisses et fétides, un larmoiement très accentué pour l'œil droit, modéré pour l'œil gauche; mais elle n'était cause d'aucune douleur, ce qui, étant donné son volume, pouvait passer pour assez surprenant.

Le plus souvent, les rhinolithes sont cause d'un écoulement fétide abondant, parfois strié de sang. Très souvent aussi, elles donnent naissance à des migraines, à des douleurs sourdes profondes, ou même à des douleurs névralgiques, irrégulièrement intermittentes, qui s'irradient vers la face, l'orbite, le front, le cuir chevelu, la région cervico-occipitale, avec larmoiement et rougeur des conjonctives. Dans l'un des trois cas signalés par Ruault (1), il survenait, fréquemment, une névralgie cervico-occipitale violente, qui avait succédé à une névralgie du nerf maxillaire supérieur gauche; dans un autre, des migraines intenses et fréquentes se manifestaient toujours du côté correspondant à la fosse nasale obstruée. Dans le troisième cas, la malade avait été atteinte, huit jours seulement avant l'extraction de la rhinolithe, de bourdonnements de l'oreille gauche, côté correspondant à l'obstruction nasale, et d'une légère névralgie occipitale du même côté. Chez l'un des malades observés récemment par M. Moure (2), malade dont la rhinolithe était à droite, il y avait une sensation de plénitude de l'oreille correspondante, des bourdonnements intermittents de ce côté et des névralgies intermittentes de la face « avec localisation spéciale ». Axmann (3) a même relaté un cas de rhinolithiase, dans lequel les accès douloureux étaient compliqués de vomissements.

En interrogeant la malade dont je viens de parler, j'appris qu'elle avait aussi, de loin en loin, quelques légers élancements peu douloureux, dans la région frontale droite. Mais ces élancements étaient, en somme, insignifiants, et l'on peut dire que, chez elle, la rhinolithe n'avait provoqué, comme

(1) Ruault. *Loc. cit.*
(2) Moure. *Loc. cit.*
(3) Axmann. *Arch. gén. de Méd.*, 1re série, t. XX, p. 102.

symptôme véritablement ennuyeux, que la mauvaise odeur, puisqu'il n'y avait ni écoulement abondant, ni obstruction nasale. L'endroit où se trouvait la rhinolithe permet de comprendre, selon moi, pourquoi il en était ainsi. Elle reposait, en effet, sur le plancher, en avant du cornet inférieur, et n'avait guère de contact avec la muqueuse qu'au niveau de sa surface d'implantation, qui était relativement minime; de plus, grâce à son volume assez petit, elle ne gênait que très peu le passage de l'air.

Dans ce cas, l'absence de réaction nasale avait toujours fait croire, et cela pendant de nombreuses années, environ trente ans, que la mauvaise odeur venait de la bouche ou de la gorge. Aussi, me permettrai-je de répéter, en terminant, qu'il est indispensable d'examiner, avec soin, les fosses nasales des malades qui se plaignent d'avoir une haleine fétide.

SUR UN CAS DE RHINOMYCOSE ASPERGILLIENNE

Par les Drs **MOURE**, chargé du cours à la Faculté, et **SABRAZÈS**, chef de clinique médicale.

Mme X... me fut adressée par un médecin des environs de Bordeaux, pour des polypes muqueux. Cette malade était, en effet, atteinte de dégénérescence myxomateuse des cornets moyens. En arrière de ces néoplasmes, je constatai l'existence de matières caséeuses que je retirai partie avec la curette et partie avec le porte-ouate garni et l'injection.

La malade guérit normalement, sans présenter de symptômes particuliers; les pédicules des polypes furent cautérisés au galvano-cautère et une partie des matières caséeuses expulsées par la malade après l'ablation de ses polypes, fut envoyée au Dr Sabrazès, chef du laboratoire des cliniques de la Faculté, qui m'adressa la note suivante :

« Le 11 octobre 1893, M. le Dr Moure nous remit au laboratoire une concrétion gris noirâtre du volume d'une grosse amande, qu'il venait de retirer des fosses nasales d'une de ses malades atteinte de polypes muqueux du nez. Cette production était molle, friable, et se laissait pulvériser à la pression. Elle était incluse dans la cavité du

méat moyen gauche. Après dissociation, on voit qu'elle est constituée par du mucus concrété mélangé de globules de pus, de cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse, de microbes divers et de granulations graisseuses libres, enfin de capitules d'aspergillus en très grand nombre. Ces derniers se présentent, ainsi que vous pouvez en juger sur ces préparations, sous l'aspect de filaments droits, longs de 105 à 110 μ, larges de 7 à 9 μ, terminés par un renflement sphérique d'un diamètre de 21 μ. Ce renflement est recouvert, sur toute sa surface, de stérigmates longs de 7 à 8 μ, dépourvus de spores. Celles-ci ont-elles été dispersées par les manipulations? Telle était notre première pensée, mais des recherches minutieuses, pratiquées même sur des séries de coupes après inclusion à la paraffine, ne nous ont pas permis d'en découvrir. A côté de ces appareils de fructification *stériles* que l'on trouve au nombre de deux à trois dans chaque champ de vision (44 diamètres), on rencontre des filaments mycéliens clairs, cloisonnés à longs intervalles, ramifiés, formant un feutrage plus ou moins lâche. A l'aide d'un couteau stérile, cette concrétion a été fendue, et la matière gris brunâtre qui la composait et qui contenait, à l'examen direct, de nombreux capitules, recueillie avec les précautions d'usage, a été largement ensemencée; divers milieux, liquide de Raulin, moût de bière (37°), bouillon de bœuf peptonisé, pain humide (37°), carotte, pomme de terre (37°), agar, gélatine en plaques (25°) ont été utilisés. Aucune de ces cultures n'a fourni de champignons, bien que les conditions mises en jeu fussent favorables à leur développement. Sur les terrains nutritifs neutres ou alcalins, plusieurs microbes, sans signification, ont colonisé.

» Ce résultat nous amène à penser que cette moisissure avait succombé, et comme les tentatives de culture ont été faites très peu de temps après l'extraction de cette concrétion nasale de la cavité du méat, nous sommes forcé de conclure que ce champignon avait perdu sa vitalité dans les fosses nasales elles-mêmes.

» Ce résultat nous a paru mériter d'être signalé. *A priori*, on devait, en effet, se demander si la présence d'un foyer d'aspergillose dans le nez n'était pas une menace constante pour l'appareil respiratoire. Une pseudo-tuberculose aspergillaire ne pouvait-elle en résulter?

» Cette opinion très vraisemblable ne paraît pas devoir s'appliquer à notre cas, puisque, au moment de notre examen, l'aspergillus était mort et partant inoffensif.

» Resterait à savoir pourquoi ce champignon avait succombé. L'hypothèse la plus plausible serait celle du pouvoir bactéricide du mucus nasal dont MM. Wurtz et Lermoyez ont montré l'efficacité vis-

à-vis de la bactéridie charbonneuse sporulée. Ce point comporterait une démonstration que nous ne sommes pas encore en mesure de vous fournir.

» En rapprochant ce fait des observations de mycose du nez antérieurement publiées, nous constatons que dans un cas de Schubert (1) il s'agissait aussi d'un aspergillus, probablement l'A. fumigatus, d'après de Bary; les cultures furent impossibles. Les masses parasitaires enlevées mécaniquement ne se reproduisirent pas après des douches nasales.

» Dans un second cas dû à ce même auteur (2), la récidive n'eut pas lieu après l'ablation des croûtes mycosiques. Le champignon était un *Isaria* diagnostiqué par Cohn, mais dont la culture ne réussit pas.

» Ces parasites avaient donc, selon toutes probabilités, cessé de vivre dans les fosses nasales, puisque des semis sur des milieux spéciaux très favorables sont restés inféconds.

» Ajoutons à ces observations celle de Cohn (3) relative à une aspergillose du poumon avec membrane de nature aspergillienne dans le nez; nous ignorons si cette membrane a été cultivée.

» De ces quelques constatations, nous conclurons qu'il existe une rhinomycose aspergillienne; mais que dans certains cas le champignon, après s'être développé, n'a qu'une vitalité éphémère dans les fosses nasales, ce milieu organique paraissant lui être relativement défavorable. »

RÉFLEXES AMYGDALIENS

Par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

Dans des études antérieures nous avons déjà soutenu que les affections du nez et de la gorge devaient prendre place parmi les conditions étiologiques présidant au développement de l'œsophagisme. Dans la *Revue de Laryngologie* (avril-mai 1889) nous avons rapporté huit observations

(1) Schubert. « Zur Casuistik der Aspergillus mycosen » (*Deutsch. Archiv für klin. Medicin*, 1884). Cité par W. Dubreuilh : « Les Moisissures pathogènes » (*Arch. de Méd. expérim.*, 1891).

(2) Schubert. « Fadenpilze in der Nase » (*Berl. klin. Wochens.*, 1889, nº 39, p. 856).

(3) Cohn. Société de Médecine interne de Berlin, séance du 16 octobre 1893.

établissant que des troubles dysphagiques s'étaient montrés sous l'influence d'une lésion nasale. A notre réunion annuelle de 1890, nous vous avons aussi communiqué deux faits où les spasmes œsophagiens devaient être rattachés à l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

Aujourd'hui nous venons vous soumettre un cas où l'œsophagisme était sous la dépendance d'une irritation réflexe ayant pour point de départ l'amygdale palatine.

Observation I. — En novembre 1891, un de nos anciens maîtres de Clermont-Ferrand nous envoie une jeune femme de vingt-cinq ans qui présente tous les symptômes d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage ; il nous prie de faire l'examen rhinoscopique, et de rechercher si les accidents ne sont pas dus à une affection du nez. Différentes préparations antispasmodiques ont été administrées sans succès ; l'hydrothérapie, l'électricité, le cathétérisme, n'ont donné aucun résultat.

Cette malade, d'apparence lymphatique, est une névropathe marquée, sans présenter cependant aucune manifestation hystériforme ; ses parents sont morts alors qu'elle était en bas âge ; le père a succombé avec les jambes enflées ; la mère a eu une affection cérébrale, hémorragie ou embolie. La santé du sujet a toujours été assez délicate ; de tout temps elle a toussé et expectoré ; à l'âge de quinze ans, on a cru chez elle à un début d'affection de poitrine, et des pointes de feu ont été appliquées au sommet droit du thorax.

Avant la puberté, elle avait été atteinte de plusieurs angines pendant le même hiver, et l'amygdale droite fut enlevée avec le tonsillotome.

La malade, mariée depuis cinq ans, a eu trois grossesses successives qui l'ont beaucoup affaiblie ; le plus jeune de ses enfants est âgé de huit mois ; de plus, des chagrins domestiques ont accentué son irritabilité nerveuse ; elle se sentait *le sang en ébullition* lorsque se sont manifestés les premiers troubles dysphagiques, à peu près deux mois auparavant.

A la suite d'un refroidissement, la malade a été prise d'un violent rhume de cerveau, avec céphalalgie, écoulement abondant, obstruction des deux fosses nasales, puis mal à la gorge, douleur locale au moment même de la déglutition, avec irradiation à l'oreille gauche, toux, enrouement, expectoration, tous phénomènes attribuables à un catarrhe des premières voies aériennes.

Ces symptômes s'atténuèrent rapidement ; il ne restait plus qu'un

peu de gêne à la gorge, lorsque la malade éprouva un serrement, une sensation de strangulation à la base du cou, et une douleur assez vive entre les deux épaules ; puis parurent des nausées, des régurgitations, des vomissements au moment des repas ; les aliments solides passèrent d'abord avec difficulté, et enfin impossibilité absolue de prendre aucune nourriture, soit solide, soit liquide. Les accidents s'amendent ou s'aggravent, par périodes de trois ou quatre jours, sans que la malade ait pu saisir la moindre cause des accalmies ou des recrudescences. De toute façon, depuis plus de trois semaines, aucun aliment solide n'a été ingurgité ; en dehors des crises de dysphagie complète, l'alimentation se fait avec des consommés, des potages et du lait.

Si l'on pratique le cathétérisme de l'œsophage avec une sonde munie d'une olive de grosseur moyenne, on éprouve une résistance plus ou moins marquée, suivant les jours, à la partie supérieure du conduit ; à différentes reprises, le cathéter n'a pu passer.

L'examen des fosses nasales antérieures ne révèle rien d'anormal ; pas de rougeur ni de tuméfaction appréciable de la muqueuse au niveau des cornets ; par la rhinoscopie postérieure on voit seulement quelques granulations à la voûte du pharynx.

Le miroir laryngien ne montre pas un développement exagéré de l'amygdale linguale ; les vaisseaux de la base de la langue ne sont pas dilatés.

Mais presque toute la moitié gauche du pharynx buccal est occupée par une amygdale volumineuse, de consistance molle, de couleur rougeâtre, avec de nombreuses lacunes ; l'hypertrophie s'est faite surtout suivant le diamètre horizontal ; il n'y a pas de prolongement inférieur de l'amygdale. La tonsille droite a été enlevée autrefois ; le moignon ne dépasse pas le pilier antérieur.

Nous soupçonnons aussitôt l'amygdale hypertrophiée d'être le point de départ du réflexe qui détermine le spasme œsophagien. Nous prescrivons des gargarismes et des pulvérisations pharyngées, avec des solutions de cocaïne.

Trois jours après, nous revoyons la malade très améliorée ; les liquides sont avalés sans difficulté, les aliments solides passent après avoir été bien mâchés.

Nous faisons, avec le galvanocautère, deux cautérisations assez profondes à la partie moyenne de l'amygdale, près du pilier et près du bord interne. Quatre heures après, les liquides ne sont plus ingurgités, la douleur constrictive au cou est très forte.

Pour nous, il n'y a plus d'hésitation possible sur l'origine amygdalienne des accidents dysphagiques.

Six jours après, l'amygdale fut enlevée avec le tonsillotome, la malade ayant sucé des morceaux de glace avant et après l'opération. Pas la moindre complication.

Intensité marquée des phénomènes œsophagiens pendant quarante-huit heures, puis décroissance graduelle des symptômes. Dix jours après, aucun indice d'œsophagisme. Depuis, aucune nouvelle manifestation spasmodique. La guérison a été complète.

Cette observation nous semble d'autant plus intéressante que l'œsophagisme n'a pas encore pris place parmi les névropathies réflexes de l'amygdale palatine.

Nous ne connaissons en effet qu'un seul fait qui puisse être rapproché de celui que nous venons de rapporter ; il a été publié en 1873 par le Dr Seney dans sa thèse inaugurale.

Ce cas est relatif à un marin qui présentait depuis quatorze ans des troubles œsophagiens de nature spasmodique, et dont l'état fut sensiblement amélioré par l'ablation d'une amygdale palatine. Seney soutient avec raison que le spasme ne peut s'expliquer par la propagation de l'inflammation pharyngienne à la muqueuse de l'œsophage ; il fait remarquer que les angines se compliquent de rhinite ou de pharyngite, mais que l'œsophage n'est jamais atteint par le travail phlegmasique, et il conclut à un acte réflexe aboutissant au retrécissement spasmodique du conduit œsophagien.

Trousseau, dans une leçon faite à l'hôpital Necker en 1848, avait aussi soutenu que des maux de gorge légers étaient parfois suivis d'œsophagisme; mais il avait rapporté ces phénomènes à une inflammation chronique de la membrane œsophagienne. C'est là, au point de vue du mode de production, une opinion que nous ne saurions partager.

De toute façon, les faits de Seney et de Trousseau sont peu connus, puisque Ruault, Balme, Sallard, et les auteurs qui dans ces derniers temps ont étudié les sténoses réflexes de l'amygdale palatine, ne mentionnent pas l'œsophagisme parmi ces névropathies.

Dans les travaux récents, nous ne trouvons également aucun renseignement sur les relations qui existent entre

l'inflammation aiguë ou chronique de l'amygdale palatine et la névralgie intercostale. Aussi croyons-nous devoir vous communiquer l'observation suivante:

Obs. II. — X... est un jeune homme de vingt-trois ans, issu de parents arthritiques; le père a eu plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire; la mère est asthmatique; un frère aîné souffre aux changements de temps de rhumatisme musculaire.

Tempérament névropathique, grande irritabilité, mobilité de caractère; urines devenant souvent troubles et blanchâtres après avoir séjourné quelque temps dans le vase; la chaleur les rend limpides. A eu des douleurs articulaires aux doigts.

Maux de gorge fréquents pendant la mauvaise saison; toux sèche, crachats grisâtres, voix à timbre guttural, avec périodes d'enrouement.

Hypertrophie de deux amygdales palatines; la gauche paraît moins volumineuse, mais a un prolongement inférieur plus prononcé; les glandes de la base de la langue sont assez développées.

Le naso-pharynx est libre; quelques vestiges cependant de masses adénoïdes.

Légère hypertrophie de la muqueuse qui recouvre le cornet droit inférieur.

Dans le larynx, les cordes vocales inférieures sont décolorées; elles ont un aspect laiteux.

En juillet 1892, ce jeune homme qui accompagne sa mère au Mont-Dore, et qui n'a voulu suivre aucune pratique thermale, est pris, après s'être mouillé les pieds la veille dans une excursion, de courbature, mal de tête, frissons, inappétence.

Lorsque nous le voyons, le 23 juillet, le pouls est à 120, la température à 39°,6; la langue est revêtue d'un enduit saburral; il y a eu quelques vomissements. Le malade éprouve un peu de douleur à la gorge, surtout quand il avale des liquides ou sa salive. L'amygdale gauche est rouge et un peu tuméfiée.

Nous prescrivons du calomel à doses fractionnées et des gargarismes antiseptiques.

Le lendemain, après une nuit d'insomnie, la fièvre persiste, le pouls est aussi fréquent; la dysphagie est plus accentuée, les mouvements de déglutition s'accompagnent de douleurs à l'oreille gauche. L'amygdale est plus volumineuse et recouverte de petits points pultacés. Prescription : 3 cachets de 1 gramme de salol.

Le 25 juillet au matin, les phénomènes généraux sont les mêmes, les phénomènes locaux ont augmenté; l'enduit pultacé s'est étalé sur

toute la tonsille dont le gonflement est plus accusé. Pas de tuméfaction ganglionnaire.

Le soir nous sommes appelé près du malade qui vient d'être pris d'un violent point de côté au niveau du sein gauche. Bien qu'il n'y ait pas eu de nouveau frisson, que la température soit restée à 39°,2, que l'auscultation et la percussion ne nous fournissent aucun renseignement, nous pensons à une complication possible, pleurésie ou pneumonie lobaire. Nous conseillons l'application de trois sangsues au point douloureux.

Le lendemain, l'état de la gorge est resté stationnaire; nous palpons l'amygdale sans percevoir de fluctuation; la dysphagie est toujours très marquée. Rémission matinale de la fièvre. Le point de côté a beaucoup diminué d'intensité. Pas de dyspnée; les mouvements respiratoires ne sont pas plus fréquents ; le thorax se dilate toutefois moins du côté gauche.

Les signes fournis par l'auscultation et la percussion de la poitrine sont nuls ; il en sera de même les jours suivants.

Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines.

La peau est hyperesthésiée sur la partie latérale moyenne gauche du thorax; de plus, si on presse aux points d'émergence des rameaux perforants moyens des cinquième et sixième nerfs intercostaux, on provoque une vive douleur que l'on produit aussi vers les trous de conjugaison correspondants ; aucune douleur vers les points antérieurs à la région sternale. Salol à l'intérieur. Compresses imbibées de chloroforme et d'eau sur le thorax.

Dès le lendemain diminution des phénomènes pharyngés qui avaient disparu cinq jours après.

Les douleurs intercostales continuèrent à se faire sentir pendant dix jours, avec des périodes d'exacerbation de moins en moins fréquentes et accentuées.

A son départ du Mont-Dore, nous conseillons au malade, qui habite une petite ville de la Gironde, de se faire réduire les amygdales par un spécialiste de Bordeaux. Notre conseil n'est pas suivi.

En août 1893, nous revoyons le jeune homme qui nous dit que pendant l'hiver il a eu de légères atteintes du côté de la gorge ; il a aussi souffert à différentes reprises de douleurs (qu'il appelle rhumatismales) à la région thoracique gauche.

L'amygdale gauche est aussi volumineuse que la droite.

Sur les instances de sa mère, le jeune homme consent à se laisser cautériser. Six pointes de galvano sont enfoncées en deux séances dans les parties supérieure et moyenne de l'amygdale gauche, sans produire d'autres accidents qu'une réaction locale inflammatoire, puis

nous voulons réduire le prolongement inférieur de la tonsille, et faisons deux piqûres dans cette partie ; six heures après, reparaît la névralgie intercostale avec les points douloureux, postérieurs et latéraux ; elle ne cesse, malgré l'emploi de sangsues, de vésicatoires morphinés, d'injections sous-cutanées d'eau froide, l'administration à l'intérieur de sulfate de quinine, d'antipyrine, qu'après avoir fait vivement souffrir le malade pendant huit jours.

Chez notre malade nous avons donc vu un violent point de côté se développer, le troisième jour d'une amygdalite aiguë, et nous avons alors cru à une complication du côté du poumon ou de la plèvre. Mais la cautérisation de l'amygdale a dans la suite provoqué de nouveau la névralgie intercostale ; nous sommes donc autorisé à soutenir que cette névralgie était d'origine réflexe.

Il est utile de faire remarquer que c'est en portant le galvanocautère sur la partie inférieure de l'amygdale que nous avons déterminé la névralgie ; déjà Ruault a observé que c'est en irritant les points les plus bas de la tonsille qu'on produit certains réflexes tels que la toux, le vomissement, la douleur épigastrique.

Ces cas d'œsophagisme et de névralgie intercostale sont les seuls que nous ayons rencontrés depuis 1888, époque à laquelle nous nous sommes mis à rechercher avec soin les manifestations réflexes d'origine amygdalienne ; il y a donc lieu de les considérer sinon comme très rares, au moins comme beaucoup moins fréquents que d'autres névropathies, la toux, l'asthme, par exemple, que nous avons observés plusieurs fois.

DEUX CAS DE SURDITÉ HYSTÉRIQUE

Par le Dr **A. CARTAZ**, ancien interne des hôpitaux.

Les accidents auriculaires, susceptibles d'être rattachés à l'hystérie, ont longtemps passé pour une manifestation rare de cette névrose. Cette rareté n'est qu'apparente si l'on en juge par les nombreux faits rassemblés par le Prof. Grade-

nigo dans un travail en cours de publication dans les *Archivi Italiani di Otologia.* Dans ce mémoire, l'auteur a compulsé la plupart des mémoires anciens et modernes, et montre que l'oreille est, à l'égal d'autres organes, sujette à des troubles variés. Cependant les accidents de surdité plus ou moins complète, associés à des manifestations sérieuses de l'hystérie, telles que le mutisme, les troubles oculaires, sont relativement peu nombreux. Dans mon mémoire sur le mutisme hystérique (*Progrès médical*, 1886), j'avais mentionné deux faits de surdité-mutité. M. Gradenigo en a recueilli une quinzaine. Je renverrai le lecteur à son travail pour les indications bibliographiques et l'étude générale de ces accidents, me contentant d'exposer les deux cas que j'ai observés.

Observation I. — *Surdi-mutité d'origine hystéro-traumatique.* — Mlle X..., âgée de seize ans, m'est amenée par sa mère au mois de décembre dernier. Depuis deux jours, elle ne peut plus parler et elle n'entend absolument rien. Bien portante, la jeune fille est réglée depuis trois ans; mais la menstruation a été irrégulière pendant les premiers mois, et de temps à autre elle est prise, aux époques, d'une sorte de torpeur, avec envies de pleurer sans aucun motif. Jamais de crises nerveuses proprement dites. La mère, c'est elle-même qui le raconte, est un peu nerveuse; le père ne semble présenter aucune tare névropathique.

Il y a deux jours, dans la soirée, à la suite d'une vive discussion avec une camarade d'atelier, la jeune fille reçut sur la joue gauche, en manière de conclusion, un vigoureux soufflet. Etourdie un instant, elle se leva brusquement de sa place, partit sans mot dire, et rentra chez elle en courant. A son arrivée, elle se mit à fondre en larmes. La mère s'empresse auprès d'elle et ne peut obtenir aucune réponse. La malade fait des mouvements des lèvres comme pour parler ; il ne sort aucun son. Elle semble ne pas entendre ce qu'on lui dit. Elle prend un verre d'eau additionnée de fleur d'oranger et va se coucher. Elle s'endort profondément jusqu'au lendemain.

Au réveil la surdi-mutité est aussi absolue que la veille. La malade fait des signes et quand elle est parvenue à faire comprendre qu'elle veut écrire, elle trace sur le papier ces mots : « Je suis sourde; je ne peux pas parler. M... (ici le nom de sa camarade) m'a tuée. »

La journée se passe tranquille; la malade mange sans grand appétit, et demande qu'on la laisse en repos.

Le lendemain, la mère, que j'avais soignée quelque temps auparavant pour des accidents de catarrhe tubaire, la conduit chez moi. Je constate les signes classiques du mutisme : efforts vains pour parler, absence d'émission de son au mouvement des lèvres, conservation de l'intelligence et réponse rapide par l'écriture. De plus, la malade est absolument sourde; elle n'entend ni la montre, ni la voix, ni le diapason. Nous conversons ensemble par écrit et elle me raconte qu'elle ne souffre pas, qu'elle n'entend pas, qu'elle ne peut pas parler et qu'elle éprouve une lassitude considérable.

L'examen fait constater une hémianesthésie totale du côté gauche du haut en bas. Aucune lésion des deux oreilles, ni du côté des pavillons, ni du côté du conduit externe. Le tympan a sa coloration et sa position normales. L'oreille gauche est également anesthésique comme le tégument de ce côté. La sensibilité de l'oreille droite est normale.

Du côté de la gorge, anesthésie très marquée du voile du palais et du pharynx aussi bien du côté droit que du côté gauche. Rien au larynx.

Il semble bien qu'il s'agit d'une manifestation hystérique à l'occasion du traumatisme et de l'émotion qui a précédé et suivi cette violence. Je lui écris que je vais la guérir. « Je ferai tout ce que vous voudrez, m'écrit-elle, pour sortir de là. » La jeune fille est très intelligente et répond très nettement (toujours par écrit) à ce que je lui demande sur mon papier. Elle est aussi précise que sa mère sur l'absence de tout accident nerveux antérieur. Je porte un courant de moyenne intensité sur la paroi pharyngée, l'autre pôle appliqué sur le cou. « Vous me faites mal », crie-t-elle aussitôt d'une voix claire. Je lui écris qu'il est nécessaire d'être un peu patiente et qu'elle va entendre; je lui affirme à nouveau qu'elle va guérir. Soit effet suggestif, soit plutôt effet de l'excitation galvanique, la malade crie encore et dit qu'elle entend. Sa mère lui parle et elle répond distinctement.

La guérison a été rapide et définitive: il n'y a pas eu de rechutes. Je prescrivis un traitement hydrothérapique et reconstituant, et la malade partit enchantée de ce résultat.

Le second cas a trait à une association plus rare et qui n'a pas laissé que de m'embarrasser beaucoup pour correspondre avec la malade. Il s'agit en effet d'un cas de cécité et surdité également d'origine hystérique.

Obs. II. — *Cécité et surdité hystériques.* — Mme X..., entre trente-cinq et quarante ans, très nerveuse, mais n'ayant jamais eu de troubles oculaires ou auriculaires ni de grandes crises hystériques. A la suite d'une violente émotion, elle éclate en sanglots, est prise de spasmes nerveux; la crise dure une heure et elle va se coucher fort surexcitée. Les troubles du côté de la vue et de l'oreille sont-ils survenus à ce moment? Je n'ai pu le savoir d'une façon exacte. Toujours est-il que le lendemain, au réveil, la malade se met en colère contre sa femme de chambre en lui demandant pourquoi les rideaux ne sont pas ouverts et pourquoi elle ne lui répond pas. La femme de chambre la regarde effarée, car la chambre est largement éclairée, les rideaux sont relevés et elle lui a parlé quatre ou cinq fois sans obtenir de réponse. Au bout de quelques minutes, d'elle-même la malade dit qu'elle est aveugle, qu'elle ne voit rien sur son lit, et s'écrie qu'elle n'entend rien. Elle était en effet aveugle et sourde; mais la nature hystérique de ces accidents se décelait à première vue. On ne pouvait en effet approcher de son lit, frôler les couvertures, émettre le plus léger souffle dans la direction du visage ou des mains, sans qu'elle se raidît et fût prise d'un léger tremblement. Il existe une hyperesthésie généralisée qui se réveille au moindre attouchement du lit, au moindre courant d'air.

L'examen des yeux et des oreilles, assez pénible pour la malade en raison de cette excitabilité hyperesthésique, ne révèle aucune lésion. Le passage d'une lumière devant l'œil provoque des mouvements de spasme généralisé; de même la voix ou un bruit près de l'oreille provoque des soubresauts, mais sans perception d'aucun son. J'étais fort embarrassé, après cet examen, pour converser avec la malade. J'avisai dans un coin de la chambre une lame métallique de 40 centimètres de long qui avait servi de cercle pour un cache-pot. Je l'appliquai par une extrémité contre le pavillon de l'oreille et je percutai l'autre extrémité avec une clef. La malade se plaignit d'un bruit assourdissant et demanda qui sonnait des cloches. J'essayai alors d'appliquer la montre sur ce même point et le tic-tac fut perçu. Je parlai alors contre cette lame, téléphone improvisé, et j'eus la satisfaction de voir que la conversation était possible. Ces expériences grossières venaient confirmer, s'il en avait été besoin, la nature hystérique des accidents.

On était, à l'époque où j'observai cette malade, dans la période d'étude de l'action des aimants sur les hystériques. Je fis prendre deux énormes aimants chez M. Ducrétet et on les appliqua sur les deux côtés du corps. Fut-ce le résultat de l'action des aimants, fut-ce toute autre cause, toujours est-il que l'hyperesthésie disparut en quelques

heures. Le lendemain matin, la vue et l'ouïe étaient revenues *ad integrum* presque subitement. La malade n'a pas eu à nouveau d'accidents de ce genre.

TUBERCULOSE LARYNGÉE PRIMITIVE PAR COHABITATION

Par le Dr CADIER

Depuis le mémoire que j'ai lu sur ce sujet en 1890 à la Société Médico-Pratique, j'ai observé, tant à ma consultation de Villepinte que dans ma clientèle, plus de cent nouveaux cas de phtisie laryngée acquise par cohabitation, dont soixante ont pu être suivis pendant une durée variant de cinq mois à quatre ans. D'après l'examen de ces observations, le début de cette affection a lieu par le bord interne des bandes ventriculaires qui sont rouges, légèrement gonflées près de l'ouverture des ventricules.

Le bord externe des cordes vocales est également rouge, et la muqueuse prend un aspect dépoli, un peu chagriné avec une teinte opalescente.

Peu à peu ces lésions envahissent les bandes ventriculaires en entier, et toute la face supérieure des cordes vocales sur lesquelles on peut apercevoir par place un peu de desquamation épithéliale.

L'espace interaryténoïdien et les éminences aryténoïdes deviennent alors plus rouges et très légèrement tuméfiés.

En examinant le larynx pendant les efforts d'inspiration, on peut remarquer que les cordes vocales s'écartent un peu moins bien qu'à l'état normal, ce qui doit occasionner au malade un peu d'insuffisance respiratoire.

Pendant toute l'évolution de cette première période, je n'ai jamais pu constater la présence de bacilles dans les crachats.

Comme symptômes, les malades éprouvent non pas de l'enrouement, mais plutôt une voix un peu assombrie et plus sourde; il semblerait que le gonflement des bandes ventriculaires remplisse le rôle de sourdine et diminue l'intensité des vibrations des cordes vocales.

Par moment, la voix a tendance à baisser et à manquer légèrement, comme s'il se produisait une parésie momentanée des cordes vocales

Ces différentes modifications sont beaucoup plus appréciables dans le chant, et c'est sur des chanteurs que j'ai pu les étudier les premières fois; mais elles peuvent être appréciées même dans la parole.

On constate en même temps une toux sèche et quinteuse avec chatouillement et picotement à la gorge, surtout après avoir parlé. Le malade se plaint de fatigue, d'un peu de moiteur et de légers accès de fièvre.

La percussion et l'auscultation la plus minutieuse et la plus attentive ne font, le plus souvent, découvrir aucun signe du côté des poumons.

Si l'on continue à examiner ceux de ces malades qui n'ont pas jugé à propos de se soigner, on voit peu à peu les lésions laryngées augmenter d'intensité; la rougeur s'accentue et s'accompagne de desquamation épithéliale avec érosions sur certains points, aspect velvétique de la commissure postérieure, œdème de l'espace interaryténoïdien et des éminences aryténoïdes; puis l'exulcération envahit les couches moyennes puis profondes de la muqueuse, et l'on peut alors constater de véritables ulcérations et bourgeonnements tuberculeux. A cette période, je n'ai plus rien constaté de particulier; on voit évoluer la phtisie classique, et les lésions pulmonaires s'accentuent d'autant plus rapidement qu'en raison de l'œdème alors assez accentué du larynx il y a insuffisance respiratoire très caractérisée.

Traitement. — L'origine de cette affection étant connue, la première chose à faire est d'empêcher la cohabitation, ce qui n'est pas toujours aussi facile à obtenir qu'on pourrait le croire. Il est également important de faire des pulvérisations antiseptiques autour du malade, surtout si la chambre est commune. En raison de la localisation qui reste longtemps exclusivement laryngée, le traitement local aura ici une importance capitale. Deux moyens d'action doivent être employés : les cautérisations ou applications topiques locales

faites deux ou trois fois par semaine, et les pulvérisations ou fumigations faites deux ou trois fois par jour.

Comme applications topiques locales, après avoir essayé tous les médicaments préconisés depuis une dizaine d'années, j'en reviens toujours avec succès aux applications de vaseline créosotée à 1/20, 1/15 ou 1/10, que j'ai préconisées dès l'année 1878 et qui continuent, depuis seize ans, à me donner les meilleurs résultats.

Lorsqu'il y a toux fréquente, j'applique des solutions de cocaïne, de morphine ou de codéine.

Je fais faire des pulvérisations deux ou trois fois par jour avec les solutions appropriées que vous connaissez tous, et si en même temps tout le traitement hygiénique est bien suivi, j'arrive à une amélioration ou à une guérison rapide.

Conclusions. — Il ressort de l'examen de ces observations que la phtisie acquise par cohabitation débute le plus souvent par les parties supérieures du larynx (bandes ventriculaires, face supérieure des cordes vocales et espace interaryténoïdien); que, dans le plus grand nombre des cas, elle reste assez longtemps localisée au larynx; que pendant cette période initiale cette affection localisée au larynx peut être reconnue et diagnostiquée par un examen laryngoscopique très attentif.

En raison de cette localisation cantonnée pendant un certain temps dans les régions accessibles des voies respiratoires, le laryngologiste, par les moyens directs d'applications topiques, de cautérisations, de pulvérisations et de fumigations peut, dans le plus grand nombre des cas, enrayer et guérir ces premières manifestations tuberculeuses.

Mais il est important et même indispensable de commencer le traitement aussi près que possible du début de l'inoculation tuberculeuse, et l'examen laryngoscopique peut seul dans la plupart des cas permettre de constater ces lésions laryngées du début et de faire ainsi un diagnostic précoce.

ANÉMIE D'ORIGINE NASALE

Par le Dr Félix CHABORY (du Mont-Dore).

Ayant eu l'occasion d'observer deux malades qui étaient anémiques et qui guérirent, l'un à la suite de l'ablation de polypes du nez, l'autre après l'ablation de végétations adénoïdes et d'une amygdale, j'ai recherché quelles pouvaient être les causes de l'anémie dans les maladies du nez; j'ai essayé de faire la pathogénie de l'anémie d'origine nasale.

Obstruction nasale. — Les diminutions du calibre des narines, leurs obstructions, leurs rétrécissements, de quelque nature qu'ils soient (polype, congestion ou hypertrophie de la pituitaire, épine ou déviation de la cloison, etc.), restreignent l'apport de l'air au niveau de la nappe sanguine du poumon, et l'on peut dire que le rétrécissement des narines, tout comme celui de l'œsophage, est une cause d'inanition. Dans le rétrécissement de l'œsophage, il y a inanition par défaut de combustible; dans celui des narines, inanition par défaut de comburant; et dans un cas comme dans l'autre, les éléments du sang étant insuffisamment entretenus, il y a anémie, l'évolution globulaire étant arrêtée faute d'apport. La plupart des rhinologistes français ont signalé cette anémie, et M. Balme entre autres écrit : « La libre entrée de l'air dans la poitrine étant gênée, le thorax ne peut se dilater autant qu'il le pourrait et recevoir sa ration d'air nécessaire et normale ; chez les jeunes filles, les règles apparaissent tardivement, sont insuffisantes et se suspendent pendant des intervalles assez longs ; les enfants sont pâles et débiles. » Mais c'est Holbrook Curtis qui me semble avoir établi une statistique vraiment probante en faveur de l'anémie nasale; en 1889 il a publié une statistique de 20 cas de sténose nasale; chez ses patients le traitement a provoqué une augmentation du poids du corps et du volume de la poitrine; le spiromètre a indiqué que les mouvements respiratoires étaient plus amples, et l'examen du sang a

décelé une plus grande richesse des globules rouges en oxyhémoglobine.

Voici deux observations personnelles qui me semblent prouver en faveur de l'anémie par obstruction nasale :

Dans la première, il s'agit d'un cultivateur du Puy-de-Dôme, âgé de trente-quatre ans, qui vint me trouver en septembre 1892. Il se plaignait d'essoufflement et se croyait phtisique. Il était pâle, jaune, avait les paupières et les lèvres décolorées et, quoique maigre, transpirait facilement, perdait haleine au moindre effort, avait fréquemment des palpitations et des vertiges : pour lui, tout travail régulier et soutenu était impossible. J'examinai longuement la poitrine sans découvrir aucun signe de phtisie, et tous les autres organes me parurent sains ; seules les narines étaient remplies de polypes.

Ces polypes furent enlevés en octobre 1892. L'année suivante, au milieu de l'automne, je revis ce malade. La figure était plus pleine et la face était colorée ; il avait, me dit-il, augmenté de trois kilos, ne transpirait plus, n'était plus essoufflé et n'avait plus de palpitations; d'autre part sa capacité respiratoire avait augmenté de 200 c. c.

Dans la deuxième, il s'agit d'un enfant de sept ans que je vis en août 1892 ; la face était bouffie, mais pâle et décolorée ; il s'essoufflait facilement, était nerveux, irritable, avait des cauchemars, des insomnies, des réveils nocturnes. Rien au cœur, rien aux poumons ; les urines étaient normales. L'examen du nez me montra des cornets volumineux ; les deux amygdales se touchaient presque, et je sentis des végétations adénoïdes. J'instituai uniquement un traitement médical et local, puis en novembre cet enfant fut opéré d'une amygdale et de ses végétations. Je le revis en août 1893 ; il s'était extraordinairement développé, la figure était fraîche et rose, les paupières et les lèvres colorées, l'essoufflement avait disparu, il n'était plus anémié.

Respiration buccale. — Quand il y a obstruction nasale, la respiration se fait par la bouche; mais jamais la respiration buccale ne peut remplacer la respiration nasale, et l'air qui arrive au poumon en passant par la bouche étant un aliment mal présenté et dans de mauvaises conditions, dans ce cas encore il y aura inanition respiratoire (G. Sée) et anémie.

Épistaxis. — Les épistaxis comme toutes les autres hémorragies sont une cause d'anémie dont la gravité et la durée dépendront de l'abondance et de la fréquence de la perte sanguine; cette anémie consécutive à l'épistaxis est une véritable insuffisance de la masse sanguine, c'est de l'oligaïmie, de la spanémie.

Dans cette étude nous n'avons pas à insister sur les épistaxis symptomatiques des maladies générales, dyscrasiques ou infectieuses, des maladies du cœur, du foie, des reins, de la coqueluche et du début de la tuberculose pulmonaire; seules les épistaxis dues à des lésions locales du nez appartiennent réellement à notre sujet quoiqu'elles soient rarement graves et abondantes. Les lésions du nez qui peuvent s'accompagner d'épistaxis sont : les rhinites aiguës ou chroniques, les déformations du septum, les épines de la cloison nasale dont le sommet est souvent le siège d'érosions, les érosions dans la rhinite atrophique, l'ulcère perforant de la cloison, les lésions ulcéreuses de la syphilis et de la tuberculose nasale, certaines tumeurs bénignes comme les angiomes, les fibromes vasculaires, ou malignes comme les sarcomes embryonnaires; citons enfin les épistaxis à la suite de traumatismes du nez ou d'opérations sur cet organe.

Écoulements muqueux et muco-purulents. — Toutes les déperditions séreuses, muqueuses et muco-purulentes modifient la composition du sang; toutes les suppurations, sont suivies d'anémie, et la pituitaire comme les autres muqueuses peut devenir une surface de spoliation et de déperdition pour tout l'organisme, par exemple dans ces cas d'hydrorrhée nasale où la quantité de liquide sécrété est égale à un litre par jour, et dans certains cas de rhinite chronique où la muqueuse nasale est une véritable surface purulente.

Infection. — Fièvre. — Toute maladie fébrile s'accompagne ou est suivie d'une anémie plus ou moins durable et grave dont le degré est en rapport avec l'intensité et la

durée de la fièvre symptôme d'infection ou d'intoxication. Les tissus du nez comme ceux des autres organes et peut-être plus souvent que ceux des autres organes, en raison de leur grande vascularisation et des luttes qu'ils ont à soutenir contre les agents extérieurs, s'enflamment et il y a état fébrile et anémie. Ainsi à la suite d'un simple coryza il peut y avoir de la pâleur des téguments; même des personnes atteintes de certaines rhinites chroniques avec exacerbation et fièvre arrivent à présenter réellement un certain degré d'anémie; il n'est pas rare de trouver des malades dont l'aspect blafard tient uniquement à des suppurations de polypes ou de pédicules de polypes; enfin d'une façon indirecte les obstructions et les inflammations nasales sont cause fréquente de fièvre et d'anémie en provoquant des angines à répétition.

Tumeurs malignes. — Les tumeurs malignes du nez et de l'arrière-cavité des fosses nasales, outre l'anémie qu'elles provoquent en diminuant la ration d'air, en devenant des surfaces d'infection à la suite d'ulcération et des surfaces d'épuisement par suppuration et hémorragie, amènent encore une anémie due à la nutrition et à l'accroissement du néoplasme, à la douleur et à la gêne qu'il provoque et au passage de ses sécrétions dans le sang.

Troubles de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et du système nerveux secondaires aux affections nasales et causes d'anémie. — Les influences des affections nasales sur l'appareil respiratoire et sur le tube digestif sont presque une notion vulgaire, et comme ces deux appareils sont les fournisseurs essentiels des aliments nécessaires à la composition du sang, on comprendra qu'une lésion de la pituitaire qui serait par elle-même incapable de modifier la vitalité du globule rouge troublera néanmoins sa nutrition en se propageant à la muqueuse pulmonaire (bronchite, tuberculose du poumon, etc.), au niveau de laquelle l'hématose ne pourra plus se faire, ou bien en provoquant des réflexes (spasmes des cordes vocales, toux, asthme, etc.),

qui souvent répétés gênent aussi l'hématose, déforment le poumon et le thorax, fatiguent le malade et ralentissent sa nutrition.

Les troubles du côté du tube digestif secondaires aux maladies du nez sont aussi très connus.

Quand les narines sont obstruées, que la pituitaire est enflammée, qu'elle suppure, la succion est presque impossible; il y a des déformations des maxillaires, des arcades dentaires, des implantations vicieuses des dents, des caries qui gênent la mastication, des angines, des pharyngites aiguës ou chroniques, de la salivation exagérée, du ptyalisme, qui gênent la déglutition, des vomiturîtions, des vomissements et des dyspepsies, ces dernières dues le plus souvent au passage dans l'estomac du pus sécrété au niveau des narines ou du naso-pharynx ; en définitive, l'alimentation et la digestion cessent d'être normales et il y a anémie par inanition alimentaire.

Pour terminer, les cauchemars, les réveils nocturnes subits, les céphalalgies, les névralgies dues à l'asphyxie commençante chez les adolescents et les enfants qui respirent difficilement par le nez, les épuisent en troublant leurs nuits et en les privant d'un sommeil réparateur pendant lequel la nutrition se parachève. M. Balme a insisté en particulier sur l'étouffement constant qui empêche les enfants de jouer, les maintient dans une immobilité trop parfaite et de ce fait diminue l'oxydation. Enfin, la répulsion qu'inspirent les ozéneux provoque souvent chez eux de l'hypochondrie qui nuit à la nutrition générale.

En résumé, les causes de l'anémie d'origine nasale sont : 1° L'obstruction nasale qui diminue la ration d'air du poumon, restreignant ainsi l'hématose et par suite gênant la formation et l'évolution du globule rouge ; — 2° la respiration buccale qui supplée incomplètement la respiration nasale, car l'air qu'elle fournit aux poumons est mal présenté et dans de mauvaises conditions ; — 3° les épistaxis ; — 4° les écoulements muqueux et muco-purulents de la pituitaire qui, dans certains cas, peuvent être assez abondants et continus

pour être une véritable spoliation pour l'organisme ; — 5° la fièvre due aux infections et aux inflammations de la pituitaire ; — 6° les tumeurs malignes du nez ; — 7° les troubles de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et du système nerveux secondaires aux affections nasales.

CONTRIBUTION A LA CASUISTIQUE DES TUMEURS DE LA CAVITÉ NASOPHARYNGIENNE

Par le Dr **Jean SENDZIAK** (de Varsovie).

Le cas que je vais rapporter mérite d'attirer l'attention pour plusieurs raisons. Voici le fait :

W..., cinquante-deux ans, ouvrier, est venu me consulter à la policlinique le 6 décembre 1893. Il se plaignait d'un catarrhe nasal chronique, ainsi que de l'impossibilité de respirer la bouche fermée. Cet état durait depuis deux ans environ. Dans les derniers temps, le malade avait de plus en plus un sommeil agité, et parfois des accès d'étouffement. Depuis quelques mois, il était inquiété par des bourdonnements dans l'oreille gauche. Un an auparavant, il avait été atteint d'une otorrhée du côté droit, qui avait disparu après l'extirpation de quelques polypes du nez. Santé générale bonne. A l'examen on constate que le malade a la bouche ouverte ; la respiration nasale est absolument impossible ; la voix est enrouée.

Par la rhinoscopie antérieure, on voit une masse de polypes muqueux dans les deux narines. Dans la cavité buccale, j'observe que le voile du palais est fortement renflé et que l'orifice de la cavité nasopharyngienne est très vaste. Après avoir écarté le voile du palais, on voit distinctement, surtout du côté gauche, la tumeur remplissant, comme cela a été constaté plus tard, toute la cavité nasopharyngienne. La tumeur a une teinte assez pâle et une surface rugueuse, offrant l'aspect d'une framboise. Lorsqu'on la touche, soit avec la sonde, soit avec le doigt, elle saigne un peu. La tumeur est molle. Ni par la rhinoscopie postérieure, ni par la palpation, on ne peut reconnaître distinctement le point d'implantation ; une chose seulement n'est pas douteuse, c'est que la voûte pharyngienne n'est pas affectée.

A la demande du malade, je résolus d'extirper la tumeur sans délai, et cela au moyen de l'anse froide à défaut de l'anse galvanocaustique, que j'emploie ordinairement. Du reste, le néoplasme ne me paraissait pas très vasculaire. Dans tous les cas, j'avais, en cas de besoin, l'aide assurée du chirurgien consultant dans la pièce voisine, ainsi que de l'aide-chirurgien, qui m'assistait pendant l'opération.

Avant tout, je m'occupai d'une désinfection soigneuse de la cavité nasopharyngienne, ce qui offrait beaucoup de difficultés, parce que le liquide antiseptique (solution à 1 °/o de créoline) ne passait pas du tout à travers les cavités nasales. Ce n'est qu'en inclinant fortement la tête du malade en arrière, qu'une petite portion de liquide pouvait pénétrer dans la cavité nasopharyngienne, et cela seulement par la narine droite. La désinfection du naso-pharynx par la cavité buccale était aussi seulement partielle à cause des dimensions de la tumeur, qui obstruait toute la cavité nasopharyngienne.

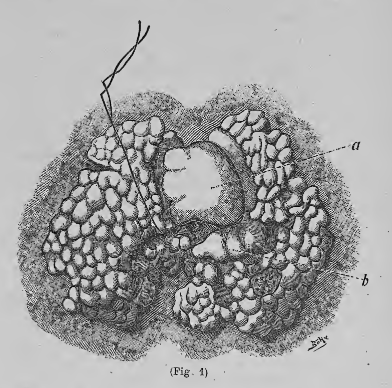
Je fis l'opération de la manière suivante : J'introduisis par la cavité buccale une anse recourbée horizontalement, dans un appareil spécial pour le naso-pharynx de Hartmann (le passage étant impossible par les cavités nasales à cause de la masse de polypes, dont l'ablation préalable pour me frayer un passage ne me paraissait pas utile). Après avoir écarté le voile du palais, je réussis à passer l'anse sur la partie inférieure de la tumeur. Avec l'index gauche je fis avancer le fil aussi haut que possible vers le point d'implantation. Ensuite, en tirant peu à peu l'anse et faisant de légères tractions, je pus retirer la tumeur tout entière. La douleur fut presque nulle et l'hémorragie très modérée. L'effet de l'opération fut étonnant: le malade, selon ses propres paroles, se sentait revivre, disant qu'il pouvait enfin respirer librement. Les injections par les cavités nasales faites immédiatement après l'opération (avec la même solution de créoline) donnèrent cette fois un résultat satisfaisant : le liquide traversa la narine droite sans aucun obstacle; mais dans la gauche, il rencontrait encore quelques difficultés.

Pendant l'injection, le malade rejeta par la bouche un fragment de tumeur; probablement une partie de la tumeur principale, qui avait été coupée pendant l'opération. La rhinoscopie postérieure était maintenant facile : la voûte du pharynx, ainsi que les parties supérieures des choanes, furent reconnues saines; par contre, sur le bord postérieur de la conque inférieure gauche, fortement hypertrophiée, on pouvait reconnaître clairement des traces de racine très large

s'étendant sur la partie postéro-inférieure du vomer, ce que je pus constater de nouveau le jour suivant.

Le lendemain je m'occupai de même de l'extirpation des polypes muqueux (par le moyen ordinaire, c'est-à-dire à l'aide de l'anse froide). L'hémorragie fut très peu considérable, mais la douleur beaucoup plus forte que pendant l'extirpation de la tumeur nasopharyngienne. Bientôt après, le malade fut obligé de quitter Varsovie, ce qui empêcha la cautérisation des restes de tumeur.

La tumeur extraite de la cavité nasopharyngienne offre des dimensions démesurées, comme le montre la figure, sur

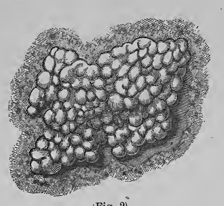


(Fig. 1)

laquelle elle est représentée avec un morceau de l'anse (1). Sa longueur comportait plus de 6 centimètres; le diamètre, 5 centimètres; l'épaisseur était de 2 centimètres et demi.

(1) Cette tumeur a été présentée à la séance de la Société Médicale de Varsovie le 16 janvier 1894.

A première vue elle produit l'effet d'un morceau de cerveau. La tumeur est pâle, de forme irrégulière, un peu ovale, molle, se composant de lobes et de lobules de différentes dimensions (l'un des plus grands lobes est représenté sur la figure 2, formant un losange de 3 centimètres et demi de longueur sur 2 de large). Chaque lobe est formé de petites papilles, rappelant plutôt les circonvolutions cérébrales. La plus grande partie des deux tumeurs offre le même caractère; en outre, dans la plus grande (Fig. 1) on peut distinguer deux nodules tout à fait différents : le plus grand de la dimension d'une grosse amande, et le second, situé au dessous, plus petit de moitié et plus allongé; les deux sont lisses, pâles et mous, homogènes à la section. Ils ont l'aspect des polypes muqueux ordinaires. L'examen microscopique des tumeurs ci-dessus me donna des résultats suivants :


(Fig. 2)

La tumeur de la cavité nasopharyngienne montrait en général les images typiques de papillomes avec un petit nombre de vaisseaux.

Deux nodules du centre de la plus grande tumeur (*a* et *b*, fig. 1) offraient l'aspect du fibrome mou (fibromata mollia). Enfin les polypes du nez présentaient le même aspect (fibromata mollia, stroma myxomateux; vaisseaux peu nombreux, point de glandes).

Ces résultats ont été obligeamment confirmés par les anatomo-pathologistes prof. Brodowski et Przewoski.

Ce cas a paru intéressant à plus d'un titre.

La dimension du néoplasme dépasse de beaucoup la normale habituelle des tumeurs du naso-pharynx, quoique ces dernières soient en général considérables (j'ai rapporté un

cas dans lequel la tumeur mesurait 5 centimètres de longueur sur 3 de large et 1 et demi à la racine, ayant la forme d'une grosse poire) (1).

Le caractère du cas qui nous occupe est beaucoup plus important. On sait que les tumeurs du naso-pharynx se divisent en bénignes et malignes. Pour la plupart, les fibromes (fibromata dura) appartiennent à la première catégorie. Par contre, les papillomes sont très rare surtout avec les dimensions que nous avons observées. Bench (2), auteur d'une excellente monographie sur les tumeurs nasopharyngiennes, ne mentionne pas un seul papillome sur 120 cas. On rencontre au contraire assez souvent des altérations papillomateuses des cornets, surtout des inférieurs.

Schech (3) et Grünwald (4) nous fournissent également les dessins d'altérations des cornets inférieurs (parties postérieures). Mais je ne me rappelle pas avoir rencontré dans la littérature spéciale la description de papillomes vrais aussi considérables. Jurasz seul décrit avec figures dans son Manuel (5), p. 211, un cas très curieux assez semblable au nôtre. Il s'agissait d'un garçon de treize ans, chez lequel l'auteur a extirpé une tumeur de la cavité nasopharyngienne. (Il est regrettable que l'on n'ait pas remarqué le point d'insertion.) La tumeur était composée de trois parties : une supérieure fibreuse et deux autres ressemblant à des framboises. Les dernières avaient sous le microscope l'aspect de papillomes typiques. La dimension de cette tumeur n'était pas cependant aussi considérable que dans notre cas (l'une des parties avait 3 centimètres de longueur et 12 millimètres de largeur; l'autre 13 millimètres de lon-

(1) « O stosowaniu galwanokaustykr w chorobach gardla, krtani, nosa i uszow » (*Kronika Lekarska*, 1892).

(2) Voltolini. « Die Krankheiten der Nase, etc. », mai 1888.

(3) « Die Krankheiten der Mundhöhle, etc. », 1890.

(4) « Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, der Rachen and der Nase », 1894.

(5) « Die Krankheiten der oberen Luftwege », 1892.

gueur et 2 centimètres de largeur). Il existait également des polypes muqueux dans le nez. Il est à remarquer qu'après l'extirpation du néoplasme, l'asthme disparut. Enfin je dirai quelques mots sur le traitement que j'ai employé dans mon cas. Je fais ordinairement l'extirpation des tumeurs du naso-pharynx à l'aide d'une anse galvanique, et je regarde cette méthode comme une des plus sûres, à cause de la consistance de la tumeur et des hémorragies considérables qui surviennent le plus souvent. J'ai déjà indiqué pourquoi, dans ce cas, je me suis écarté de ce principe. Je considère également la méthode d'extirpation de ces tumeurs par la cavité buccale comme la plus convenable, et je l'ai employée plusieurs fois avec succès. (Entre autres, le fibrome mentionné plus haut a été aussi extirpé à l'aide de cette méthode, l'anse étant recourbée horizontalement.)

Quel pronostic peut-on établir dans ce cas? Il ne paraît pas douteux que par suite de l'omission (ce qui d'ailleurs ne dépendait pas de moi) de la cautérisation radicale des restes de la tumeur, la récidive se produira, et probablement sous peu. La question est seulement de savoir si la tumeur récidivée aura (sous le microscope) le même caractère bénin, ou si, ce qui est plus probable, vu l'âge avancé du malade, elle ne se transformera pas en tumeur maligne?

HÉMATOME DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES

Par le Dr **LACOARRET** (de Toulouse).

Par sa proéminence au devant de la face, le nez est exposé, à la suite de contusions ou de chutes sur la tête, à une série d'accidents, qui peuvent avoir, tant au point de vue de l'aspect même de la physionomie que des complications amenées par ces lésions, les conséquences les plus fâcheuses. L'hémorragie habituelle dans ces cas est presque toujours facilement arrêtée; elle peut être cependant assez sérieuse pour inspirer de graves inquiétudes, et, d'après Morell-

Mackenzie (1), Rossi, cité par O. Weber, a rapporté un exemple dans lequel la perte de sang fut considérable et entraîna la mort du malade. West (2) en a publié un second. Ces faits sont toutefois extrêmement rares; ils méritent cependant d'être signalés. Les blessures de l'appendice nasal présentent d'ordinaire une moindre gravité, mais elles peuvent donner lieu à des difformités fort désagréables, quelquefois irrémédiables dès le début, souvent aussi réparables quand on intervient à temps par un traitement approprié. Depuis la simple épistaxis jusqu'à l'écrasement complet de l'organe, qui défigure le patient, il est permis de parcourir de nombreuses étapes pathologiques qui comprennent entre autres la fracture des os propres du nez, de la cloison osseuse et cartilagineuse, la luxation et la disjonction du cartilage d'avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer. Ces dernières lésions amènent des déformations du dos du nez parfaitement démontrées par D. Mollière (de Lyon) et consignées dans la thèse d'un de ses élèves, M. Chevallet (3). Mais la mobilité et la souplesse des parties qui constituent le lobule du nez permettent le plus souvent à cet organe d'échapper à des complications de cette nature, et, à la suite de contusions même violentes, on ne se trouve en présence que d'accidents relativement bénins et analogues à celui dont nous croyons intéressant de rapporter ici un exemple.

Observation I. — Mme B... nous conduit à notre clinique, dans le courant du mois de décembre dernier, sa fillette, âgée de onze ans, qui présente depuis cinq semaines environ une obstruction nasale des plus marquée. Voici quel a été le point de départ de ce fait : L'enfant se trouvait à côté d'une table sur laquelle était posée une planche, lorsque quelqu'un vint par mégarde s'appuyer sur l'une de ses extrémités. La planche bascula aussitôt et son rebord heurta assez violemment de bas en haut le nez de la fillette. Il se produisit une

(1) *Traité des Maladies du nez*, 1887.

(2) *Lancet*, 1862, p. 660.

(3) *Traitement des fractures du nez*. Lyon, 1889.

abondante épistaxis, qui cessa d'elle-même, mais à partir de ce moment, la respiration nasale devint difficile et resta gênée. Bien que le jour même et les jours suivants on eût au moyen de lavages débarrassé les fosses nasales des caillots de sang qui les remplissaient, la situation ne se modifia pas sensiblement. Le nez, sans cependant se déformer, resta rouge et douloureux pendant quelques jours, puis la rougeur et la sensibilité disparurent, mais la fonction ne se rétablit pas. En relevant le lobule, la mère s'aperçut bien, dès le premier jour, que l'ouverture des narines était remplie par une tuméfaction de la muqueuse; toutefois elle espéra que les choses rentreraient bientôt dans l'ordre, et elle se borna à pratiquer quelques lavages émollients. Ce ne fut donc qu'un mois après et devant la persistance de cet état qu'elle se décida à nous amener son enfant.

Le nez ne présente extérieurement aucune trace de déformation. On peut le presser dans tous ses points sans provoquer la moindre douleur. A l'examen avec le spéculum, on constate de chaque côté une saillie globuleuse, qui efface la lumière des fosses nasales, et est constituée par le gonflement de la muqueuse de la cloison. Cette tuméfaction est plus marquée à droite et descend jusqu'au plancher; à gauche, au contraire, elle n'occupe que les deux tiers supérieurs de la cloison. La muqueuse présente à peu près sa coloration normale; elle est lisse et tendue. La tumeur est molle et fluctuante, mais par la pression du côté droit on ne peut refouler son contenu dans la fosse nasale gauche. Il ne paraît donc pas y avoir communication entre les deux poches. Après avoir cocaïnisé la muqueuse, nous faisons une ponction de chaque côté avec la seringue de Pravaz, ponction qui donne issue à un liquide clair et légèrement rosé, que nous recueillons pour le soumettre à un examen ultérieur. Par l'ouverture un peu agrandie nous introduisons un stylet pour explorer la cavité; mais le cartilage est sain et ne paraît ni dénudé ni épaissi en aucun point. Les tumeurs se sont affaissées et la respiration nasale est redevenue libre. Nous prescrivons quelques lavages boriqués et nous renvoyons la petite malade. On nous la ramène huit jours plus tard; les tumeurs ne se sont pas reformées, et la cloison présente son aspect normal.

Si on cherche à résumer en quelques lignes cette observation, on voit qu'à la suite d'un traumatisme portant sur le lobule du nez il s'est produit d'abord une abondante épistaxis. Puis est survenue la brusque apparition de deux tumeurs globuleuses, formées aux dépens des deux faces de la cloison

cartilagineuse, tumeurs fluctuantes, non douloureuses, sans tendance à la résorption et donnant issue par la ponction à un liquide assez clair. Il nous reste donc à examiner quelle était la nature de ces tumeurs.

Nous pouvons tout d'abord éliminer les néoplasmes osseux ou cartilagineux, les déviations de la cloison. Leur consistance dure, la lenteur de leur marche, les caractères propres aux déviations, ne permettaient pas de s'arrêter à ce diagnostic. Pouvait-on penser à un polype muqueux? Pas davantage. L'aspect même de la tumeur, sa coloration, la largeur de la base d'implantation, sa fluctuation, sa marche, sa bilatéralité, etc., rien en un mot ne se rattachait à une néoplasie de cette nature. Ce que nous disons des polypes muqueux nous le dirons également de toute autre tumeur bénigne de la cloison, et il ne pouvait être ici question d'une tumeur maligne. Les gommes tuberculeuses ou syphilitiques s'accompagnent de symptômes qu'on ne retrouvait pas dans ce cas et les commémoratifs d'ailleurs éloignaient toute idée de ce genre. Bien que ce diagnostic différentiel soit indiqué dans tous les traités à propos des lésions qui nous occupent, nous croirions superflu d'insister plus longuement sur ce sujet.

D'après les commémoratifs, en effet, il ne reste que quatre affections ayant une certaine analogie avec celle que nous observions : l'abcès chronique de la cloison, la périchondrite séreuse, la tumeur lymphatique et l'hématome.

Les *abcès chroniques* de la cloison offrent une grande ressemblance avec le cas qui fait l'objet de cette étude. Ils se forment d'ordinaire à la suite d'un traumatisme; ils sont peu douloureux; la coloration de la muqueuse reste à peu près normale; les phénomènes généraux sont faibles ou n'existent même pas du tout. Ils se développent cependant avec une certaine lenteur et mettent plusieurs jours, souvent plusieurs semaines, avant d'acquérir un certain volume. Cette lenteur d'évolution, qui, avec l'absence de phénomènes douloureux et de coloration anormale de la muqueuse, les distingue des abcès aigus, ne cadrait pas du reste avec

la soudaineté de développement de notre tumeur. De plus, les caractères du liquide retiré par la ponction différaient essentiellement du pus que contiennent les abcès chroniques.

La *périchondrite séreuse*, décrite par Jurasz (1), est passible des mêmes objections que nous émettons à propos des abcès chroniques. Cet auteur, rappelant les kystes de la cloison, étudiés par Velpeau (2), rapporte l'observation d'une petite fille qui, à la suite d'un érysipèle de la face, présenta deux tumeurs de la cloison, qui donnèrent issue à un liquide clair comme de l'eau. Ce liquide ne fut pas examiné, mais la poche que le contenait avait mis longtemps à se produire. Quant à la forme de périchondrite observée chez les malades de Frænkel, la *périchondrite phlegmoneuse*, elle s'est toujours terminée par l'abcès avec phénomènes généraux d'une certaine gravité. Il ne saurait donc en être question ici. — La périchondrite exsudative ne va pas, d'ailleurs, sans lésions du cartilage, et, dans notre cas, malgré de minutieuses investigations, la cloison ne paraissait ni dénudée ni épaissie, elle était restée absolument saine. Nous ne croyons pas, par conséquent, qu'il soit possible de faire rentrer les lésions que nous observions dans cette catégorie de tumeurs liquides.

S'agissait-il d'une *tumeur lymphatique*? Ici quelques explications deviennent nécessaires : Sous le titre de « Un cas rare de tumeur de la cloison du nez », le Dr Strazza (de Milan) publiait, en 1888, une observation qui présente avec la nôtre plusieurs points de ressemblance, et que nous résumerons rapidement.

Obs. II. — Un enfant de quatre ans, bien conformé et vigoureux, fait une chute sur le nez. Il survient une légère épistaxis, et les jours suivants la respiration nasale devient impossible. Quinze jours plus tard, on conduit le petit malade à la clinique du Dr Gouguenheim. Pas de déformation extérieure; mais, à l'examen rhinoscopique, on aperçoit une tumeur de la cloison à large base, qui obstrue complète-

(1) Perichondritis serosa (*Deuts. medicin. Woch*, 1884).
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1860.

ment la fosse nasale gauche. La muqueuse est rouge foncé et dépressible; à droite, elle paraît également épaissie. Il n'existe pas de douleurs à la pression. On crut d'abord à une déviation de la cloison, mais le Dr Strazza pensa à la possibilité d'un hématome, et il fit avec la seringue de Pravaz une ponction qui fournit un liquide qui n'était ni du sang ni du pus, très peu dense et d'une coloration rosée trouble. La tumeur s'affaissa, mais se reproduisit deux jours plus tard. Une nouvelle ponction amena un tiers de seringue de Pravaz, comme la première fois, d'un liquide dont la coloration était beaucoup moins rougeâtre et moins trouble qu'auparavant. Trois jours après, le petit malade mouchait un lambeau de muqueuse, et tout rentrait dans l'ordre. On ne constatait, en aucun point, de dénudation cartilagineuse.

L'examen du liquide retiré par la ponction ne fut pas pratiqué. S'appuyant sur les recherches de Gussenbauer (1), qui, dans un travail sur les lésions traumatiques, prétendait, avec preuves concluantes à l'appui, que ce n'était pas seulement le sang qui sortait des vaisseaux, mais aussi la lymphe, et bien que les observations de cet auteur n'eussent pas trait à la cloison du nez, le Dr Strazza n'hésita pas à soutenir que la tumeur qu'il avait rencontrée était de nature lymphatique. La production d'une tumeur de cette nature ne nous paraît certes pas impossible à la suite d'un traumatisme du nez. Il nous semble cependant, en l'absence de tout examen histologique, que l'opinion du Dr Strazza est quelque peu hasardée. Elle demanderait à être appuyée sur d'autres preuves pour être complètement admise. On ne saurait se contenter des apparences physiques que peut présenter un liquide, pour en spécifier avec tant de netteté la composition histologique. Et si nous admettons même que le liquide de la seconde ponction était de nature lymphatique, peut-on en conclure que celui de la première était identique à celui de la deuxième? Ce n'est pas d'ailleurs un vain désir de critique qui nous pousse à formuler de pareilles objections. Le liquide en effet que nous avons retiré de notre

(1) *Deutsche Chirurgie*, 1881.

tumeur ressemblait absolument, d'après la description qu'il en fait, à celui qu'avait recueilli le Dr Strazza, et il n'y aurait pas jusque là de raison, étant donnée la presque similitude des deux observations, pour que nous n'en admettions pas la même provenance. Or ce liquide, soigneusement examiné au laboratoire de M. le Prof. Tapie, à la Faculté de Médecine, était uniquement composé de sérum dans lequel on trouvait en suspension des éléments figurés du sang en voie de dégénérescence et de résorption. Il n'était donc pas possible de conserver le moindre doute. Malgré de trompeuses apparences, il s'agissait bien d'un véritable hématome.

Bien que plusieurs fois observées, les tumeurs sanguines de la cloison ne sont pas cependant extrêmement fréquentes. Reconnues pour la première fois par Cloquet en 1830, quelques auteurs en ont depuis publié de rares exemples. Leur rareté, en effet, est telle qu'un praticien aussi répandu que Morell-Mackenzie n'en avait encore rencontré qu'un seul cas en 1887. Nous ne rapporterons pas l'histoire bien connue des hématomes; mais nous croyons utile d'indiquer rapidement les particularités et les différences qui existaient entre les tumeurs présentées par notre malade et celles que l'on rencontre d'habitude. La brusquerie du début répond bien à l'idée qu'on se fait de lésions de ce genre; mais si la muqueuse offrait les premiers jours, ce que nous ignorons, la coloration pourprée ou ecchymotique qu'on lui voit ordinairement dans ces cas, elle avait, au moment de l'examen, perdu ces caractères et paraissait normale. Il est rare, d'un autre côté, d'observer une collection bilatérale sans qu'il existe en même temps une lésion osseuse ou cartilagineuse et sans qu'on puisse, par conséquent, produire la fluctuation de part et d'autre de la cloison. Comme marche, la différence s'accentue encore davantage. Les hématomes, en général, si on n'intervient pas rapidement, ou bien se résorbent et disparaissent, surtout lorsque leur volume n'est pas très considérable; ou bien, ce qui est le plus fréquent, s'échauffent et se transforment en un abcès. L'enkystement, pour ainsi dire, de la tumeur sanguine, la dégénérescence

des éléments figurés du sang, la non-résorption du sérum, l'absence de phénomènes réactionnels, constituent à notre avis un fait assez rare, qui s'écarte des règles ordinaires, et digne, par conséquent, d'un certain intérêt.

DEUX NOUVEAUX CAS DE GUÉRISON DE LA PHARYNGOMYCOSE LEPTOTHRICIQUE PAR L'ACIDE CHROMIQUE ANHYDRE

Par le Dr **WAGNIER** (de Lille).

A notre réunion de l'année dernière, je vous ai fait part des résultats que j'avais obtenus par l'acide chromique anhydre dans deux cas de pharyngomycose due au leptothrix buccalis. Je serais très heureux de savoir si quelqu'un des membres de notre Société a mis en usage ce procédé, et de connaître les résultats observés, et cela d'autant plus que j'ai obtenu deux nouvelles guérisons radicales de pharyngomycose rebelle par quelques applications de ce produit.

Un troisième cas s'est présenté à moi récemment. J'ai commencé le traitement qui déjà produit de bons effets; mais je ne puis encore faire entrer ce dernier fait en ligne de compte. Voici les deux premiers :

M. H..., appariteur de la Faculté des sciences de Lille, vient à ma clinique au mois de décembre dernier, souffrant de gêne douloureuse, de picotements, de chatouillements dans la gorge; ces symptômes se sont montrés peu à peu. Depuis quatre mois, ils sont assez accusés pour que le malade ait consulté successivement plusieurs médecins qui lui ont prescrit des gargarismes divers. Ces traitements que M. H..., très préoccupé de son mal, a faits avec exactitude et persévérance, n'ont donné aucun résultat. M. H... est d'une très bonne santé habituelle; il n'a jamais souffert de la gorge.

Il présente à l'examen quelques petites mèches tout à fait blanches, très adhérentes, de 2 à 4 millimètres de longueur, implantées sur les amygdales et sur les piliers, et d'autres extrêmement nombreuses à la base de la langue; si nombreuses que c'est à peine si on voit la

muqueuse entre les saillies mycosiques qui forment un semis serré donnant en plusieurs points l'aspect de certaines synanthérées. Après avoir extirpé quelques-unes des petites masses qui, examinées au microscope, furent reconnues comme formées surtout de leptothrix, je touchai un certain nombre de saillies avec l'acide chromique anhydre fondu à l'extrémité d'une tige selon la technique bien connue : recueillir quelques cristaux d'acide chromique sur le bout d'un stylet recourbé et les exposer au dessus de la flamme d'une lampe. Les cristaux fondent et forment à l'extrémité du stylet une gouttelette noirâtre qui devient rouge par le refroidissement. Si elle est noire, l'acide chromique s'est décomposé, c'est de l'oxyde de chrome sans aucune action.

Je touchai donc un certain nombre seulement de ces mèches si nombreuses, et je répétai les cautérisations tous les huit jours, et si légèrement qu'elles ne consistaient qu'à teindre à peine les saillies en jaune.

Le succès ne se fit pas longtemps attendre. Les saillies disparurent au bout de six ou sept séances, chaque point mycosique n'ayant pas été touché plus de deux ou trois fois.

Mlle L... (de Wambrechies), âgée de quinze ans, présentait également des productions de même nature siégeant principalement entre les piliers et sur les amygdales et qui lui occasionnaient de la gêne et des raclements fréquents. Les amygdales ont été souvent le siège d'inflammations, mais l'état général est très bon.

Quatre séances d'application d'acide chromique suffirent pour faire disparaître sans douleur, sans réaction, toutes les saillies mycosiques.

Ces deux nouveaux faits m'autorisent à recommander une seconde fois ce mode de traitement dont l'efficacité n'est pas douteuse pour moi et dont la rapidité d'action ne saurait être comparée à celle des moyens de thérapeutique conseillés jusqu'à présent dont l'effet a été toujours très lent, et, dans quelques observations, à peu près nul.

SUR UN CAS DE LARYNGOCÈLE

Par le Dr R. **BEAUSOLEIL**
aide de clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez à la Faculté de Médecine (service du Dr E. J. Moure).

Depuis les travaux de Devalz, Larrey, Gayet, Heidenreich, Gros, Hutchinson, Faucon, Eldridge, etc., etc., sur les trachéocèles, l'histoire de ces affections est aujourd'hui assez bien connue.

Larrey qui pendant son séjour en Egypte avait eu l'occasion d'observer quelques cas de ces tumeurs, qui, au dire de tous les auteurs, sont assez rares, les a désignées dans sa clinique chirurgicale sous le nom de goitre aérien et en a donné une description assez soignée et assez complète. Mais si le mécanisme des trachéocèles et leur symptomatologie sont bien connus, il n'en est pas de même de la laryngocèle qui semble avoir échappé à toute description. Il est vrai que cette laryngopathie est excessivement rare, puisque, malgré nos recherches dans les différents journaux et dans les divers traités des maladies du larynx, nous n'avons pu en recueillir aucun cas.

Seul Hutchinson signale un cas de tumeur aérienne développée au niveau du larynx. De la grosseur d'un œuf de poule, cette dilatation aérienne était survenue à la suite de violents efforts de toux chez un phtisique. A l'autopsie, il trouva une hernie de la muqueuse distendue à travers l'espace crico-thyroïdien.

Dans ces derniers temps, ayant eu l'occasion d'observer, à la clinique laryngologique de la Faculté, un cas très net de laryngocèle, nous avons cru intéressant de vous le signaler.

Observation. — M. Pierre R..., âgé de cinquante ans, cultivateur, se présente le 16 janvier 1894 à la clinique laryngologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux (service du Dr Moure). Il vient consulter pour une obstruction nasale et un enrouement assez prononcé.

Grand, fort, vigoureux, ayant toujours été bien portant, ce malade ne présente aucuns antécédents personnels ou héréditaires.

Il y a cinq ans environ, il a commencé à s'apercevoir qu'il éprouvait une certaine gène pour respirer par le nez, principalement du côté droit. Peu à peu sa respiration est devenue de plus en plus difficile pour devenir bientôt absolument impossible par les deux fosses nasales.

A peu près à la même époque il eut une très forte bronchite avec violentes crises de toux survenant par quintes cinq ou six fois le jour et trois ou quatre fois la nuit. La nuit, les crises étaient beaucoup plus longues et plus intenses que le jour; quelques-unes de ces crises duraient, nous dit-il, pendant près d'une heure.

Cette toux opiniâtre a persisté pendant trois ans environ sans interruption, toujours avec la même intensité, malgré les divers traitements employés pour la combattre.

L'expectoration n'a jamais été abondante; le malade n'a jamais craché de sang; il a cependant beaucoup maigri et perdu de ses forces.

Un an et demi après le début de la bronchite, alors que les crises de toux étaient très fréquentes et très fortes, la voix a commencé à se modifier et à devenir enrouée. Le malade a alors constaté que pendant les efforts de toux il se formait « sur le côté du cou une petite grosseur » qui persistait pendant toute la crise pour disparaître aussitôt après.

Depuis deux ans il y a eu une amélioration sensible; le malade a repris en partie ses forces et sa vigueur; il éprouve toujours un picotement dans le fond de la gorge qui l'oblige parfois à tousser, mais il n'a plus de crises pénibles comme autrefois. Il est à remarquer cependant que dans ces dernières années la respiration nasale se faisait très difficilement; depuis quelques mois elle était même devenue complètement impossible non seulement pour la narine droite, mais aussi pour celle de gauche. Ce n'est du reste que pour cette obstruction nasale que le malade est venu à la clinique.

A l'examen rhinoscopique antérieur je constate que les deux narines sont obstruées par de nombreux et volumineux polypes muqueux ne présentant aucune particularité intéressante et digne d'être signalée.

La rhinoscopie postérieure, assez difficile à pratiquer, ne montre rien d'anormal si ce n'est un catarrhe naso-pharyngien.

Le pharynx buccal et le pharynx nasal présentent un état granuleux; toute la muqueuse paraît passablement irritée.

Le laryngoscope montre que la base de la langue, l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques sont sains. Toute la muqueuse laryngée est rouge.

Cette rougeur généralisée à tout le vestibule du larynx se continue jusque dans la trachée que l'on distingue très nettement pendant les mouvements d'inspiration.

Du côté gauche du larynx, la corde vocale apparaît simplement un peu rosée dans toute sa longueur; il existe aussi une petite augmentation de volume de la bande ventriculaire.

Du côté droit on constate, pendant la phonation, une tumeur rouge de forme irrégulière à grosse extrémité antérieure, mesurant un centimètre de long sur un demi-centimètre de large, qui vient masquer dans presque toute son étendue la corde vocale au dessus de laquelle elle est immédiatement située.

Cette tumeur molle, très sessile, paraît être formée en partie aux dépens de la muqueuse antéro-inférieure de la bande ventriculaire et surtout de la muqueuse du ventricule de Morgagni, de telle sorte qu'à première vue on croirait se trouver en présence d'une véritable éversion du ventricule.

Pendant la phonation, la tumeur vient s'accoler sur la bande ventriculaire du côté opposé et par suite cacher le tiers antérieur de la corde vocale. Dans cette situation, l'image laryngée se trouve donc considérablement modifiée; on ne voit dans le miroir qu'une très petite portion de la corde vocale droite et le tiers postérieur de la corde vocale gauche.

Pendant l'inspiration la tumeur semble diminuer de volume, rentrer pour ainsi dire en elle-même; on peut voir alors les deux tiers postérieurs de la corde vocale qui, comme sa congénère, est simplement rosée.

Il n'existe rien de particulier dans l'espace inter-aryténoïdien.

Extérieurement on voit une petite tumeur située sur la région antéro-latérale droite du cou, un peu en avant et au dessous de la grande corne de l'os hyoïde, à quatre centimètres environ en arrière de la partie saillante du cartilage thyroïde.

Cette saillie, grosse comme une noisette à l'état normal et pendant l'inspiration, augmente sensiblement de volume pendant la déglutition. Dans l'effort violent et soutenu, elle atteint une dimension beaucoup plus considérable et devient de la grosseur d'une mandarine.

Au toucher, la tumeur est molle, dépressible, élastique et nettement crépitante. Si l'on place le doigt dessus et que le malade

fasse un effort, la bouche et le nez fermés, on a très exactement la sensation de l'air entrant dans une poche.

A quelque moment que l'on observe la tumeur, les téguments ne subissent d'autres modifications qu'une distension plus ou moins marquée sans aucune lésion de la peau.

Comme nous l'avons dit, la voix est très enrouée; mais si l'on essaie de faire parler le malade pendant qu'avec la pulpe du doigt on comprime la tumeur, même très légèrement, il devient aphone, il ne peut articuler le moindre son, la voix est complètement étouffée.

Tous ces différents symptômes et les caractères que présente la tumeur nous firent penser qu'il s'agissait dans ce cas d'une laryngocèle.

Telle a été aussi l'opinion de notre maître, le Dr E. J. Moure, qui a examiné le malade après nous et a attiré l'attention des élèves sur la rareté de cette affection.

Disons enfin, pour terminer, qu'après avoir rétabli la perméabilité des fosses nasales en pratiquant l'ablation des polypes, il ne s'est produit aucune modification du côté de la tumeur.

Réflexions. — La première question que l'on devait se poser en présence de cette tuméfaction que l'on observait sur la partie antéro-latérale du cou, était de se demander s'il s'agissait bien d'une dilatation aérienne. Une tumeur molle, dépressible, élastique, crépitante, disparaissant par la pression et augmentant de volume pendant les efforts de toux, etc., etc., ne pouvant faire songer à un autre diagnostic que celui auquel nous nous sommes arrêté. Mais s'il ne pouvait y avoir de doute sur la nature aérienne de l'affection, il fallait encore se demander, question plus difficile à élucider, si l'on était en présence d'une trachéocèle ou bien d'une laryngocèle.

Sans vouloir nous étendre sur les symptômes de la trachéocèle, nous rappellerons que cette affection se présente avec des caractères bien tranchés. Comme leur nom l'indique, ces tumeurs aériennes se forment soit entre les parties molles qui unissent les anneaux de la trachée entre eux, soit entre la trachée et le cartilage cricoïde. « A première vue, dit Dubar, elles revêtent assez bien les apparences d'un goitre. L'individu qui les porte présente en effet à la

partie antérieure du cou une tuméfaction indolente, de forme et de dimension variables. Tantôt médiane, la tumeur recouvre la partie inférieure du larynx et l'extrémité supérieure de la trachée. »

Chez notre malade, la tuméfaction siégeait beaucoup plus haut que dans la trachéocèle. Située sur la partie latérale et supérieure du thyroïde, la tumeur semblait bien avoir pris naissance, autant qu'il était possible de le constater par le toucher digital, entre le thyroïde et l'os hyoïde. En tenant compte des modifications constatées dans le larynx, qui dans ce cas ont une très grande importance et sur lesquelles nous aurons à revenir pour étayer notre diagnostic, il est bien certain que nous sommes en présence d'une véritable laryngocèle.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, cette laryngopathie est excessivement rare; à part le cas d'Hutchinson, il n'existe aucun fait de ce genre dans la littérature médicale, ou du moins nous n'en avons trouvé aucun dans les différents traités et journaux spéciaux que nous avons consultés.

Ces tumeurs peuvent et doivent se produire de la même façon et par le même mécanisme que celles de la trachée dont le mode de formation est encore entouré, il faut bien le dire, d'une grande obscurité.

Comme pour les trachéocèles, on peut admettre que d'une façon générale les laryngocèles peuvent se produire de deux façons : 1° par une rupture du conduit aérien, et consécutivement par un épanchement d'air dans la région voisine; 2° par une hernie des parties molles entre les pièces cartilagineuses constituant le larynx. La rupture et la hernie reconnaissant pour facteur principal l'effort sous quelque forme qu'il se produise (toux, cris, chant, etc.).

La même pathogénie peut être invoquée pour expliquer notre cas. Il est probable que chez notre malade, il s'est produit, sous l'influence des efforts de toux violents et répétés, une hernie de la muqueuse laryngée au niveau de la partie moyenne du ventricule de Morgagni. La tumeur que l'on

constate dans son larynx n'est autre chose qu'un bourrelet formé par la muqueuse herniée, boursouflée et considérablement épaissie, ou pour mieux dire le commencement du sac qui se remplit d'air pendant l'effort et revient en partie sur lui-même pendant l'inspiration.

Tout en reconnaissant que les causes que nous avons indiquées peuvent, à elles seules, produire ces tumeurs sans qu'il soit utile d'invoquer une prédisposition spéciale, nous admettons aussi quela formation peut être considérablement facilitée, lorsqu'il existe dans le larynx cette disposition anatomique particulière que Virchow a décrite sous le nom de laryngocèle ventriculaire et que Sapey considère comme normale chez certains individus, et qui consiste dans un prolongement de la cavité des ventricules du larynx jusqu'au niveau de l'os hyoïde, parfois même jusqu'au niveau de la muqueuse sublinguale. Cette poche aérienne ne serait autre chose que les sacs laryngés que Broca décrit dans les *Mémoires d'Anthropologie*. D'après cet auteur, cette tumeur que l'on rencontrerait toujours chez le gorille et le singe siège toujours en dedans du corps thyroïde et de l'os hyoïde.

L'examen direct du larynx ne nous a pas permis de constater si cette disposition existait chez notre malade. Quoi qu'il en soit, on comprend facilement, comme le fait observer Larrey, que pendant des efforts de toux violents, le tissu celluloso-muqueux qui tapisse les voies aériennes se laisse distendre et que peu à peu une petite tumeur gazeuse puisse se former en dehors des pièces cartilagineuses.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes de la laryngocèle, qui sont à peu près les mêmes que ceux de la trachéocèle; les caractères particuliers de la tumeur et sa situation permettront en général de ne pas les confondre.

Quelle conduite doit-on tenir en présence de ces tumeurs? D'une façon générale, nous pensons qu'il faut repousser toute intervention chirurgicale. Etant donné que la cure radicale fût possible, il faudrait faire une incision au niveau de la tumeur, aller à la recherche du sac jusque dans le

larynx, sectionner la muqueuse et la suturer pour empêcher une nouvelle dilatation. Mais outre que les résultats d'une semblable intervention sont des plus douteux, il ne faut pas perdre de vue que, dans la grande majorité des cas, les malades ne sont que médiocrement incommodés par la présence de ces tumeurs.

C'est surtout cette dernière considération qui nous a fait repousser toute opération, pensant avec Gayet que « l'intervention chirurgicale est pire que le mal ».

DÉFORMATIONS DE LA FACE ET OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES — CAUSES — MÉCANISME

Par le Dr **H. LAVRAND** (de Lille).

Il arrive à chaque instant au médecin, en passant auprès des personnes qu'il rencontre, de faire un diagnostic rapide basé sur la mine des gens, ou plutôt sur leur facies; il acquiert ainsi du premier coup d'œil la conviction qu'il existe un obstacle sur le trajet des voies respiratoires supérieures. Dans un travail précédent (1), nous avons étudié l'influence de l'obstruction des voies respiratoires supérieures sur l'apparition de déformations dans le thorax (côtes, sternum, colonne vertébrale), et nous avons rattaché ces modifications de forme à des contractions musculaires anormales, conséquences de la gêne respiratoire supérieure. Poursuivant ces recherches très intéressantes, tant au point de vue physiologique que pathologique, nous essayons de démêler la cause et d'élucider le mécanisme des déformations de la face dans le cas d'obstacle sur le trajet des voies respiratoires supérieures.

Le facies dont nous venons de parler est très facile à

(1) « Obstruction des voies respiratoires supérieures et déformations thoraciques. » (*Journ. des Sciences médic.*, 1893, nos 51 et 52.)

reconnaître dès qu'on l'a constaté une première fois. Tout d'abord, les fosses nasales ou le cavum pharyngé étant le siège de l'obstacle, il s'ensuit que la bouche demeure constamment plus ou moins ouverte, que les lèvres sont grosses, le nez mince, les pommettes aplaties, les plis et saillies de la face absents. La figure, par son défaut de vie, évoque l'idée d'un masque. Enfin la respiration est souvent bruyante et l'ensemble du facies ne laisse pas croire à un développement bien avancé de l'intelligence.

Ce facies est évidemment plus ou moins marqué suivant le degré d'obstruction des voies nasales ou naso-pharyngées ; mais on retrouve toujours, au moins esquissés, les signes que nous mentionnons.

Allons un peu plus avant; nous observons que les dents supérieures sont mal placées, que le palais est creux, c'est-à-dire que la voûte, au lieu d'être romane, est ogivale. Les dents chevauchent les unes sur les autres; l'arcade dentaire supérieure, au lieu de figurer un U, prend la forme d'un V avec rétrécissement au niveau des prémolaires. La poitrine elle-même est modifiée dans son squelette; mais nous renvoyons à notre étude citée plus haut. Nous laissons de côté les altérations de l'ouïe, et les troubles de la santé générale.

En un mot les sinus maxillaires semblent arrêtés dans leur développement et la partie inférieure des maxillaires supérieurs (rebord alvéolaire et palais osseux) apparaît modifiée, déformée : le nez extérieur est lui-même aminci.

Y a-t-il là des *déformations réelles* ou *apparentes*? En d'autres termes, sommes-nous en présence de modifications portant sur le *squelette* ou sur les *parties molles* qui le recouvrent. Voilà ce que nous nous proposons d'examiner en nous appuyant sur des *mensurations* de la face et sur des *moules* de la mâchoire supérieure.

Nous ne pouvons discuter sur les altérations osseuses portant sur l'arcade dentaire et le palais, tellement elles apparaissent avec évidence. Nous verrons à les étudier en détail. Le nez est habituellement, mais pas toujours, aminci

transversalement au niveau des parties molles et des parties dures, mais les fosses nasales ne semblent pas rétrécies, du moins suffisamment pour apporter une gêne à la respiration. Les lèvres sont grosses, entr'ouvertes, la supérieure, trop courte ou trop relevée, découvre toutes les incisives correspondantes. Sur tout cela il ne saurait y avoir de doute; mais, pour les sinus maxillaires, il en va tout autrement. Se basant sur l'aplatissement des pommettes, les auteurs ont conclu à l'arrêt de développement de l'os sous-jacent. C'est ainsi que L. Couëtoux (de Nantes) (1) admet d'emblée l'absence de développement des sinus maxillaires, sans même chercher à contrôler le fait, tant l'apparence saute aux yeux. Cet auteur s'efforce d'expliquer pourquoi ces sinus sont incomplètement formés. Dans une théorie très ingénieuse, il cherche « la raison d'être des sinus dans l'acte respiratoire, mais surtout dans les modifications qu'imprimera à cet acte le développement du sens olfactif ». Il admet que chez les porteurs de végétations adénoïdes, la tendance au vide durant l'inspiration raréfie l'air des sinus et, comme leur paroi externe est moins résistante que l'interne, laquelle se trouve étayée par le squelette des fosses nasales, cette paroi mal soutenue tendra à se rapprocher de



(Fig. 1) Facies adénoïdien.



(Fig. 2) Facies adénoïdien.

(1) « Essai d'une théorie des fonctions des sinus de la face », par L. Couëtoux; in *Ann. des Mal. de l'oreille*, 1891, p. 174.

la ligne médiane plus qu'à s'en écarter et le sinus se développera incomplètement.

Cette conception nous avait beaucoup intéressé et nous avions de la tendance à l'accepter, lorsque l'observation nous a enseigné que nombre d'enfants sans pommettes à première vue présentaient des pommettes ordinaires lorsqu'ils fermaient la bouche. L'idée nous vint alors de faire des mensurations avec un compas d'épaisseur. Durant nos recherches, nous avons constaté que les joues sont molles et souples lorsque la bouche est fermée ; au contraire, elles sont dures et rigides quand la bouche est ouverte. D'ailleurs, ce fait est d'une application courante en dentisterie; pour introduire le doigt entre la joue et les dents, le praticien fait toujours fermer la bouche. Il semble donc bien y avoir là une question de relief musculaire plus ou moins accentué et non point une déformation osseuse. Du reste, qu'on y réfléchisse un peu : à l'état normal, les pommettes correspondent en dehors à l'os malaire qui est saillant, mais en dedans, à la partie supérieure du maxillaire qui est déprimée; donc, au moins à ce niveau, seul le relief musculaire doit être mis en cause pour marquer la saillie de la pommette.

Enfin, mensurons la ligne qui réunit les parties externes les plus saillantes des os malaires. Nous avons choisi ces deux points sur la verticale qui passe par l'angle externe des yeux, parce que ce sont les seuls qui soient suffisamment fixes pour servir de repère et aussi parce que nous n'avons pas d'autre moyen d'apprécier, par des mesures sur le vivant, le développement des sinus maxillaires. Dans nos tableaux, ce diamètre est désigné par les lettres J J. Que l'on considère ce diamètre isolément, on ne saurait le trouver proportionnel au degré de liberté des voies nasales. Il demeure sensiblement le même pour les âges correspondants, que la respiration soit nasale ou qu'elle soit buccale. On le trouvera par exemple plus petit avec un facies adénoïdien faible ou nul; plus grand avec un facies marqué; et inversement. Qu'on le compare aux diamètres O M et

M S, il reste encore impossible de trouver une relation entre ces divers diamètres et l'obstruction naso-pharyngienne.

Il faut donc en conclure logiquement que *les mensurations ne permettent pas d'accepter l'idée de l'arrêt de développement des sinus maxillaires* dans le cas d'obstruction des voies respiratoires supérieures. Nous verrons plus bas que les causes capables de modifier le squelette n'expliqueraient pas l'atrophie ou défaut d'agrandissement des sinus.

Les déformations portent donc exclusivement sur le nez extérieur, sur la partie inférieure (arcade dentaire et voûte du palais) du maxillaire supérieur.

L'écartement des os propres du nez est parfois diminué; cependant il n'y a pas là un phénomène constant ; d'ailleurs la valeur en est très minime. La partie charnue du nez est plus souvent amincie transversalement et les narines peu, trop peu ouvertes ; il semble que le nez est un organe inutilisé, qui n'a pas fonctionné et qui se présente comme atrophié ou mal développé.

L'arcade dentaire supérieure chez un sujet normal offre tout à fait la figure d'un U ou d'un fer à cheval ; la courbure très régulière est arrondie en avant. Au contraire, dans l'obstruction des voies nasales ou naso-pharyngées, elle affecte l'apparence d'un V, et bien souvent les branches se rapprochent au niveau des prémolaires, comme si une sangle ou un bâillon avaient exercé leur action pour attirer les prémolaires de droite et celles de gauche les unes vers les autres. Cette disposition



(Fig. 3) Arcade et voûte normales.

de l'arcade et des dents, car le rebord alvéolaire lui-même a subi cette action et s'est laissé déformer, est très intéressante. Cette facilité du rebord alvéolaire à se modifier est bien connue des dentistes. Magitot écrit : « Le traitement est d'ailleurs le même que pour la mâchoire supérieure; mais sa durée est beaucoup plus longue, en raison de la grande résistance que le maxillaire inférieur, os compacte, présente, *contrairement au supérieur qui, par sa nature spongieuse, se prête bien plus aisément aux influences modificatrices qu'on lui imprime.* »

Magitot reproduit (pl. xx, fig. 1 et 4) (1) deux types très intéressants de ce genre de maxillaire déformé au niveau de sa portion inférieure; mais il ne donne aucune explication sur la manière dont cette anomalie de forme peut se produire; la cause, il ne s'en soucie pas.

Wedl (2) signale lui aussi cette altération, simplement, sans s'arrêter à la pathogénie; et, pourtant, il semble que cette cause soit importante à connaître pour instituer le traitement opportun.

« L'arcade angulaire ou en forme de V, écrit Guilford, n'est pas rare. Dans une arcade type de ce genre, les dents, au lieu de former un arc, sont disposées suivant deux lignes droites, mais divergentes, qui se rencontrent à angle aigu au point de jonction des incisives centrales. Les molaires, les bicuspides et les canines conservent d'ordinaire leurs rapports réciproques et s'inclinent simplement en dedans, en formant des lignes droites au lieu de lignes courbes. Mais les incisives, par suite de cette contraction de l'espace, ne sont pas seulement projetées en avant, mais ont pivoté sur leur axe longitudinal de façon qu'elles se regardent par leurs faces linguales.

» Cette irrégularité se limite toujours au maxillaire supérieur, l'inférieur étant ordinairement harmonieux dans son

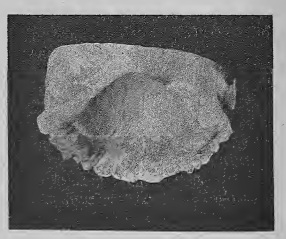
(1) Magitot. « Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les animaux. » (1877, p. 299.)
(2) Prof. Dr C. Wedl. « Pathologie der Zæhne. » (Leipzig, 1870, p. 88, fig. 41.)

contour. La saillie en avant et la torsion des incisives donnent souvent à la lèvre une saillie telle que les dents restent à découvert, même dans l'occlusion des mâchoires.

» La physionomie n'est pas seulement altérée par cette anomalie, la parole elle-même est souvent fort gênée par l'échappement de l'air que le sujet ne peut empêcher quand il essaie de parler. Les causes sont ici environnées d'une obscurité plus grande que celles de n'importe quelle autre anomalie...

» L'hypothèse la plus plausible que l'on ait encore émise est celle de M. Charles Tomes, qui explique l'irrégularité par la pression des muscles des joues sur les côtés de l'arcade, pendant le sommeil, avec la bouche ouverte, habitude due à l'hypertrophie des amygdales qui empêche de respirer complètement par le nez.

» La pression des joues s'exerçant sur une surface aussi grande constituerait précisément le genre de force capable de produire cette contraction symétrique de l'arcade; mais les observations de l'auteur ne lui permettent pas de partager l'opinion de M. Tomes, que nous venons d'exposer. Bien des personnes respirent la bouche ouverte et cette habitude, qui peut tenir à des causes diverses, semble être de nature à contribuer à la production de cette anomalie; mais, d'après l'auteur, elle serait héréditaire (1). »



(Fig. 4) Arcade et voûte déformées.

(1) Guilford. « Orthodontia ou Malposition des dents humaines. » Trad. par Darin, p. 21 et ss.

Cette longue citation mérite d'être donnée tout entière à cause de son exactitude. Nous sommes heureux d'être amené par l'observation attentive des faits à la même conception pathogénique que Tomes.

Pourtant, au lieu d'accuser les amygdales, il faut rendre responsable de cette anomalie l'hypertrophie de la glande de Luschka et quelquefois les obstructions intra-nasales. La déformation est proportionnelle à la fois au degré de gêne de la respiration nasale et à l'âge où cette gêne s'est manifestée.

Plus l'enfant sera atteint jeune, plus la malformation sera considérable. Les raisons en sont multiples. Plus l'os est jeune, plus il est tendre, c'est-à-dire déformable. Plus la gêne de la respiration nasale est considérable, plus la respiration buccale sera obligée de suppléer complètement. Or, la bouche s'ouvrira davantage pour amoindrir l'obstacle constitué par la langue (1); par conséquent, plus les muscles des joues seront tiraillés, et plus fortement le rebord alvéolaire supérieur sera bridé en dehors et refoulé en dedans.

Contrairement à Guilford, nous repoussons l'influence vague, mal définie, peu précise, de l'hérédité. Si hérédité il y a, c'est la cause qui serait héréditaire et non l'anomalie.

Le palais est en ogive, parce que l'arcade dentaire est trop peu ouverte; le mécanisme est évidemment le même : il serait puéril d'insister.

Explication des tableaux. — Sous la rubrique de facies adénoïdien, nous avons indiqué l'ensemble caractérisé par la bouche ouverte ou abaissement du maxillaire inférieur, l'aplatissement des pommettes et l'amincissement transversal du nez.

O M veut dire diamètre occipito-mentonnier.

M S veut dire diamètre mento-sus-nasal; le point de repère supérieur est le sommet de l'angle formé par la crête du nez et le frontal.

(1) Lavrand. *Journal des Sciences médicales, loc. cit.*, pp. 669 et 670, t. II, 1893.

J J est le diamètre d'un os jugal à l'autre réunissant les points qui se trouvent sur la verticale passant par l'angle externe de l'œil.

Afin d'obtenir des mensurations plus précises sur les déformations du palais et du rebord alvéolaire supérieur, nous avons pris un certain nombre de moules :

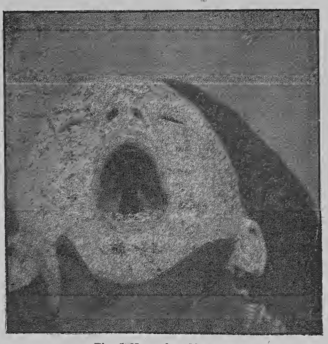
C C = l'écartement des canines.

Pr. M. = l'écartement des premières prémolaires.

M = l'écartement des premières molaires.

Prf = la plus grande profondeur du palais.

Par ces mensurations portant sur les moules, nous avons constaté que, si les incisives et les canines se présentent souvent mal placées, l'arcade dentaire n'est habituellement pas trop rétrécie à leur niveau en dehors de la forme en V ; mais le rétrécissement porte de préférence sur les points d'implantation des *prémolaires* où les *muscles des joues* exercent leur action au maximum.



(Fig. 5) N° III du tableau (1).

(1) Ce cas est particulièrement intéressant, car, malgré la fissure vélo-palatine, le sujet respire par la bouche et non par le nez. (Voir *Journ. des Sc. méd.*, juillet 1894.)

TABLEAU I. — Déformation de la face ou palais en ogive.

Nos	AGE	FACIES ADÉNOÏDIEN	DIAMÈTRES			MOULES				RESPIRATION	REMARQUES
			O. M.	M. S.	J. J.	C. C.	PRM	M.	PRF.		
			c/m	c/m	c/m	m/m	m/m	m/m	m/m		
I	6	Marqué.	21 1/2	9 1/2	10	»	»	»	»	Souvent buccale	Végétations adénoïdes. Palais ogival.
II	7	id.	21	9 1/2	11 1/2	19	26	30	15 Pr. M.	Buccale.	Veg. ad. Palais ogival. Poitrine déformée.
III	7	id.	21 1/2	9 1/2	12	24	27	32	13 Pr. M.	id.	Vég. ad. Voile non soudé. Palais bien.
IV	7	Très peu marqué.	21	9 1/2	10 1/2	23	26	30	12	Souvent nasale.	Vég. ad. Palais peu ogival.
V	9	Marqué.	22 1/2	10 1/2	11 1/2	»	»	»	»	Buccale.	Vég. ad. Palais ogival. Arcade supérieure en V.
VI	10	Nul.	23	11	10 1/2	»	»	»	»	Souvent nasale.	Vég. ad. Palais ogival entre molaires seulement.
VII	10	Tr. marqué.	22 1/2	11 1/2	9 1/2	22	30	28	14	Buccale.	Vég. ad. Poitrine déformée. Arcade dent. sup. tr. irrég. ainsi que voûte palatine.
VIII	12	Marqué.	20 1/2	10 1/2	10 1/2	25	»	24	13	id.	Vég. ad. Poitrine déformée. Dentition défectueuse. Pal. ogiv.
IX	13	Nul.	23	11	12	23	22	29	11	id.	Vég. ad. Poitrine déformée.
X	13	id.	22	10 1/2	10	»	»	»	»	Souvent nasale.	Vég. ad. Palais ordinaire. Dents mal placées.
XI	13	Marqué.	23 1/2	10	12	25	27	33	13	Buccale.	Vég. ad. Poitrino déformée. Palais ogival.
XII	13	id.	23	11	11	25	26	36	14 M.	Souvent nasale.	Vég. ad. Poitrine peu large. Palais ogival.
XIII	14	id.	»	»	»	»	23	33	14 Pr. M.	Buccale.	Vég. ad. Palais ogival. Dents très mal placées.
XIV	14	id.	22	10 1/2	10 1/2	»	»	»	»	id.	Vég. ad. Pommettes bien. Palais ogival.
XV	14	id.	24	11 1/2	11 1/2	20	23	27	13	id.	Vég. ad. Palais ogival. Poitrine déformée.
XVI	15	Faible.	23	11	11 1/2	22	27	33	13 M.	id.	Vég. ad. Palais peu ogival. Dents très mal placées.
XVII	15	Peu marqué	22 1/2	10 1/2	10 1/2	»	»	»	»	id.	Palais un peu ogival. Vég. ad. enlevées il y a un an.
XVIII	16	id.	25	12	11	»	»	»	»	Nasale.	Vég. ad. Palais a peu près normal.
XIX	17	Tr. marqué.	24 1/2	12 1/2	11 1/2	»	»	»	»	Buccalo.	Palais ogival. Arc. dent. sup. en V. Poitrine déformée.
XX	17	Peu marqué	24 1/2	12	12 1/2	»	»	»	»	Souvent buccale	Vég. ad. Palais un peu ogival. Poitrine déformée.
XXI	18	Marqué.	24	12 1/2	13 1/2	23	26	33	13 Pr. M.	Buccale.	Vég. ad. Palais ogival. Poitrino déformée.
XXII	20	id.	24	12	12	23	23	29	14	id.	Vég. ad. Palais peu ogival.
XXIII	21	id.	23	12	13	»	»	»	»	id.	Vég. ad. Palais ogival.
XXIV	22	Nul.	22 1/2	10	11 1/2	»	»	»	»	Nasale habituelle.	Vég. ad. Palais normal.
XXV	26	id.	22	10 1/2	10 1/2	»	»	»	»	id.	Vég. ad. Palais ogival.
XXVI	27	Tr. marqué.	25	14	11 1/2	18	18	»	15	Buccale.	Vég. ad. Palais ogival.

TABLEAU II. — Face et palais normaux.

Nos	AGE	FACIES ADÉNOÏDIEN	O. M.	M. S.	J. J.	C. C.	PRM	M.	PRF.	RESPIRATION	REMARQUES
XXVII	5	Normal.	20 1/2	8	10 1/2	20	23	»	10	Nasale.	Végétations adénoïdes. Palais normal.
XXVIII	6	id.	20 1/2	8 1/2	9 1/2	»	»	»	»	id.	Vég. ad. Palais normal.
XXIX	10	id.	»	»	»	»	»	»	»	id.	Narine gauche obstr. par des polypes dep. 7 ans. Pal. norm.
XXX	14	id.	23	11	12 1/2	25	32	37	13	Souvent buccale	Polypes à gauche. Cornets très gros à droite. Palais normal.
XXXI	16	id.	24 1/2	11 1/2	12	29	27	33	14	Buccale.	
XXXII	21	id.	24	11 1/2	12 1/2	23	28	35	12	Nasale.	
XXXIII	24	id.	25	10 1/2	12 1/2	»	»	»	»	id.	
XXXIV	28	id.	23 1/2	11 1/2	11	20	24	33	13	id.	
XXXV	37	id.	24	12	13	23	31	41	14	id.	
XXXVI	38	id	23	11	11	23	29	39	13	id.	
XXXVII	38	id.	24	11 1/2	12	20	29	39	14	id.	

Cependant le *palais est-il plus creux* réellement chez les ogivaux que chez les autres? En nous reportant à nos mensurations, nous pouvons affirmer que non dans la majorité des cas. L'étroitesse donne l'illusion d'une profondeur plus considérable; il n'y a là qu'une apparence. En effet, les mesures ont été prises sur des moules afin d'éviter les causes d'erreur; et elles ont été évaluées en millimètres, ce qui est bien suffisant en pareille matière; or, que l'on examine le tableau I ou le tableau II, on ne saurait affirmer que Prf. varie suivant que l'on a affaire à des palais normaux ou à des palais en ogive.

La conséquence, c'est que les fosses nasales ne voient pas leur plancher relevé et, par suite, leur diamètre vertical diminué. Nous avons vu que les sinus ne paraissent nullement amoindris. Nous sommes donc obligé d'admettre que les *fosses nasales osseuses* ne subissent aucun amoindrissement dans leurs dimensions : l'observation journalière le prouve; il suffit en effet, le plus souvent, chez un adénoïdien très marqué, de supprimer les végétations adénoïdes, et rien qu'elles, pour obtenir le rétablissement de la respiration nasale. Couëtoux, d'ailleurs, l'a signalé (1).

Le *maxillaire inférieur* n'est pas atteint dans la majorité des cas, bien que la même cause agisse sur lui. Cependant il y a deux différences : 1° nous avons vu que le maxillaire inférieur est beaucoup plus compact, partant plus résistant; 2° les muscles qui s'attachent au maxillaire inférieur n'agissent pas sur lui à la manière d'une sangle repoussant l'os vers la ligne médiane. Lorsque la bouche est largement ouverte, on introduit difficilement le doigt entre la joue et les dents supérieures; il en va tout autrement pour les dents inférieures ; la joue n'oppose pas un obstacle aussi marqué à beaucoup près.

Quels sont les muscles coupables de ces déformations (nez extérieur, rebord alvéolaire et palais)? Pour le nez, nous voyons que tous les muscles qui s'attachent au nez

(1) *Loc. cit.*

d'une part et de l'autre à la lèvre supérieure se trouvent tiraillés et durcis pendant que la bouche est ouverte. Il s'ensuit qu'ils constituent des sangles élastiques dont l'effet est d'aplatir transversalement le nez extérieur osseux et charnu; d'où le nez mince et les narines peu ouvertes des adénoïdiens à facies accentué.

Les sangles élastiques de la joue et des lèvres qui expliquent si bien la forme en V, et en V rétréci, comme nous l'avons vu, sont constituées par les élévateurs communs superficiel et profond, les deux zygomatiques, le canin, le triangulaire des lèvres, et quelque peu par le masséter et le buccinateur.

Naturellement, leur action déformante, qui ne s'adresse qu'à la partie inférieure du maxillaire supérieur, la plus molle, la moins résistante, s'exercera avec un succès d'autant plus grand que l'obstruction nasale, et surtout naso-pharyngée, sera plus accentuée, c'est-à-dire que l'abaissement du maxillaire inférieur sera plus exagéré par l'ouverture plus considérable de la bouche. En outre, il faut tenir compte de l'âge du sujet : plus il est jeune, plus les effets seront marqués. Enfin le temps pendant lequel la bouche est obligée de s'ouvrir largement est à considérer. Tout est donc proportionnel au degré d'obstruction des voies respiratoires supérieures, on pourrait même dire au degré d'obstruction par les seules tumeurs adénoïdes, car ce sont elles qui réalisent pratiquement cette obstruction de la manière la plus féconde en déformations. En effet, de nos recherches il résulte que les obstructions nasales proprement dites ne sont jamais assez complètes, ni surtout assez durables, pour amener des malformations aussi marquées que celles dont nous nous sommes occupé. C'est pourquoi nous avons accepté le titre de *façies adénoïdien* pour désigner l'aspect particulier que présentent les sujets atteints d'obstruction des voies respiratoires supérieures.

Conclusions. — 1° Dans l'obstruction des voies respiratoires supérieures, marquée extérieurement par le facies

adénoïdien, les déformations sont plus apparentes que réelles (Voir les mensurations, tableaux I et II).

2° Les os de la face et les sinus maxillaires ne sont pas modifiés d'une manière appréciable dans leur développement. Si les pommettes paraissent plates, c'est que l'ouverture de la bouche tiraille les muscles et supprime ainsi le relief musculaire habituel qui comble la dépression osseuse à ce niveau.

3° Le nez extérieur (partie dure et partie molle) qui est aplati transversalement, l'arcade dentaire supérieure et la voûte palatine, sont les seuls qui subissent une véritable déformation. La forme ordinaire de l'arcade en U devient un V avec rétrécissement fréquent au niveau des prémolaires, parce que la cause exerce son action plus énergiquement à leur niveau. La voûte palatine rétrécie prend la forme ogivale, mais sa profondeur n'est pas réellement accrue.

4° Les fosses nasales proprement dites ne sont pas modifiées.

5° Ces déformations du nez extérieur, de l'arcade et du palais reconnaissent pour cause l'obstruction des voies respiratoires supérieures (nez ou naso-pharynx), mais plus fréquemment de beaucoup les tumeurs adénoïdes qui constituent une obstruction plus complète et plus permanente. Il en résulte la respiration buccale habituelle, c'est-à-dire l'ouverture de la bouche et l'abaissement du maxillaire inférieur. Il s'ensuit que les muscles de la lèvre supérieure et de la joue sont tiraillés, tendus; ils représentent des *sangles élastiques* qui exercent une action douce mais permanente sur le squelette sous-jacent (nez extérieur, arcade dentaire supérieure et palais) et tendent à le repousser en dedans. Le maxillaire inférieur subit beaucoup moins cette influence, et puis il est plus compact, plus résistant.

6° Les déformations sont d'autant plus accusées que l'obstruction s'est établie à un âge plus tendre et qu'elle est plus complète.

7° Pour éviter ou corriger ces déformations, il est nécessaire de rétablir le plus tôt possible la perméabilité naso-pharyngée ; il faut plus : l'obstruction levée, la respiration nasale habituelle avec fermeture de la bouche devra être obtenue à tout prix, afin de supprimer l'action des sangles élastiques.

TROIS CAS DE MALADIE DE MÉNIÈRE — TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE PILOCARPINE

Par le Dr **LABIT** (de Tours).

J'ai l'honneur de vous présenter les observations de trois malades atteints de vertige de Ménière, et traités avec un certain succès par les injections hypodermiques de pilocarpine.

De ces trois observations, la première se rapporte à une attaque de vertige survenue dans le courant d'une otite scléreuse d'ancienne date ; les deux autres sont des cas types de maladie de Ménière, c'est-à-dire que les malades dont il s'agit possédaient, avant l'attaque, des oreilles tout à fait normales. Voici ces observations :

Observation I. — Mme X..., ancienne institutrice, âgée de soixante-huit ans, était atteinte depuis longtemps déjà d'une otite moyenne scléreuse double, mais plus accentuée à gauche qu'à droite. Elle n'avait pas, on le conçoit aisément, une audition irréprochable ; mais en élevant la voix on pouvait facilement converser avec elle. Elle entendait fort bien les voitures passer sous ses fenêtres, et entendait aussi sa pendule sonner.

Tout à coup, un matin, étant au lit, la malade fut prise d'un vertige violent, accompagné de bruits assourdissants dans ses oreilles. En même temps elle fut prise d'envies de vomir. Effrayée, elle appela sa bonne, et lorsque celle-ci fut accourue, la malade constata qu'elle n'entendait plus du tout la parole. Cet état vertigineux alla en s'apaisant peu à peu, et deux jours après, Mme X... vint trouver le Dr Moure qui institua un traitement par l'iodure de potassium.

Au bout d'une dizaine de jours, le traitement à l'iodure n'ayant rien fait, M. Moure nous pria de faire à cette dame une série d'injections de pilocarpine.

Quand nous vîmes la malade pour la première fois, la conversation avec elle était impossible. Il fallait, pour pouvoir l'interroger, écrire sur une ardoise, sur laquelle elle écrivait également la réponse.

L'examen fonctionnel de son oreille donnait un résultat négatif sur toute la ligne.

P. C. D. nulle.	R. O. D. } elle sentait les vibrations
P. C. G. nulle.	R. O. G. } par les os du crâne, mais ne percevait aucun son.
M. O. D. nulle.	
M. O. G. nulle.	Bourdonnements violents.
W. (?)	

Elle n'entendait plus aucun son extérieur, ni les voitures passer, ni la pendule sonner.

Nous lui avons fait quinze injections en commençant par un quart de centigramme et en ne dépassant pas un centigramme par jour, vu le grand âge de la malade. La sudation fut relativement peu abondante et l'action du médicament se fit sentir surtout sur les glandes salivaires. Dans les trois heures qui suivaient l'injection, Mme X... remplissait en moyenne deux verres et demi de salive et alla même jusqu'à dépasser trois verres. Vers le dixième jour du traitement, la malade prétendit avoir entendu passer des voitures dans la rue. Voulant alors nous assurer si véritablement il y avait une amélioration dans son état, nous essayâmes de lui parler en élevant assez la voix, et à sa grande joie elle put répondre à nos questions. Vers le quinzième jour, l'audition s'était un peu améliorée, et quoique très sourde encore Mme X... put converser avec nous et nous donner en réponse à nos questions les renseignements que nous avons exposés plus haut sur l'état de son audition avant son accident. Les bruits subjectifs avaient diminué d'intensité. Le vertige avait disparu.

Obs. II. — D..., quarante-neuf ans, chauffeur de navire, a toujours joui d'une excellente santé. On ne retrouve chez lui aucun antécédent héréditaire. Pas d'antécédents collatéraux ni personnels qui méritent d'être notés. C'est un fort gaillard vigoureux et plein de santé.

Le mercredi 18 octobre, il était devant ses chaudières, lorsque vers dix heures du matin, il entendit tout à coup un bruit intense dans l'oreille gauche, analogue à un échappement violent de vapeur. Puis tout se mit à tourner devant lui. Obligé, pour ne pas tomber, de se

tenir à la paroi de la chaufferie, il gagna un siège où il se laissa choir. Il eut là plusieurs vomissements. L'état ne s'améliora nullement pendant quelque temps. Enfin, au bout de trois quarts d'heure environ la crise parut se calmer et il put, aidé d'un camarade, et tout en trébuchant, regagner son domicile. Arrivé chez lui, il se coucha immédiatement. Son lit paraissait tourner comme sur un pivot. Il s'aperçut alors seulement qu'il était totalement sourd du côté gauche.

L'état vertigineux persista encore le lendemain, et le 20 il se présenta à la clinique se plaignant de surdité unilatérale.

A l'examen objectif, rien d'anormal : tympans légèrement flous des deux côtés ; trompes libres.

La marche les yeux ouverts est assez assurée ; mais lorsqu'il ferme les yeux il a une tendance manifeste à obliquer du côté malade.

L'examen fonctionnel donne :

P. C. D. bonne.	R. O. D. +.
P. C. G. nulle.	R. O. G. pas entendu, sauf en faisant vibrer le diapason très fortement ; on avait alors le résultat —.
M. O. D. 1m,30.	
M. O. G. nulle.	
W. m. à d.	Bourdonnements, sifflets et cloches.

En faisant boucher hermétiquement la bonne oreille, on reconnaît que la voix chuchotée n'est plus entendue et que la voix parlée n'est perçue que de très près, environ 10 centimètres, à gauche.

Nous avons fait à ce malade une série de treize injections de pilocarpine en commençant par un demi-centigramme et en augmentant tous les jours d'un demi-centigramme jusqu'au maximum de 2 centigrammes, dose à laquelle nous nous sommes tenu.

Ces injections ont été fort bien supportées. Il y a eu sudation très abondante tous les jours, mais relativement peu de sialorrhée. Le malade n'a ressenti du traitement rien autre chose qu'une légère fatigue et un peu de diarrhée pendant les derniers jours.

Le treizième jour nous avons pris son audition ; en voici le résultat :

P. C. D. bonne.	W. perçu à g. en faisant vibrer modérément.
P. C. G. 00045(?)	R. O. D. +.
M. O. D. bonne.	R. O. G. +.
M. O. G. contact.	Bourdonnements beaucoup moins violents. Il persiste encore un bruit de vapeur.

L'audition de la voix est améliorée : la voix moyennement parlée est entendue à un mètre.

L'état vertigineux a disparu. Le malade marche droit même les yeux fermés. Il part de l'hôpital enchanté des résultats de son traitement.

Obs. III. — Marie V..., vingt-huit ans, cuisinière ; d'une santé assez délicate ; n'a cependant jamais eu de maladies sérieuses. Elle a une mère rhumatisante ; son père est mort depuis longtemps d'une maladie inconnue.

Elle entendait très bien et n'avait jamais souffert des oreilles, lorsqu'il y a cinq jours elle fut prise tout à coup, en faisant sa cuisine, de tournements de tête accompagnés de bruits violents, comme si, nous dit-elle, elle avait eu une tempête dans les oreilles. Elle faillit tomber et fut obligée de s'appuyer contre le mur de sa cuisine. Au moindre mouvement qu'elle faisait, tout se remettait à tourner autour d'elle. Elle fut prise bientôt de vomissements qui ajoutèrent encore à son malaise. C'est ainsi que sa maîtresse la trouva. On l'aida à se coucher. Elle fit la remarque, à ce moment, qu'elle n'entendait presque plus, et que la voix de sa maîtresse lui paraissait très éloignée. Le malaise et les tournements de tête durèrent toute la journée et une partie de la nuit. Le lendemain matin, se sentant un peu mieux, elle voulut se lever pour reprendre son ouvrage, mais elle eut une nouvelle crise qui la força à regagner son lit. Le surlendemain seulement, cet état vertigineux se calma presque entièrement ; mais en raison de sa surdité, sa maîtresse l'obligea à aller se faire soigner. C'est alors qu'elle vint à la clinique.

L'examen objectif de l'oreille ne présente rien d'anormal du côté du tympan ni du manche du marteau. Les trompes sont trouvées libres des deux côtés.

L'examen fonctionnel fournit les données suivantes :

P. C. D. nulle.	W.	m. à g. (?)
P. C. G. nulle.	R. O. D. —	en faisant vibrer très
M. O. D. nulle.	R. O. G. —	fort le gros diapason.
M. O. G. nulle.	Bourdonnements, sifflets et vapeur.	

La voix parlée est entendue seulement très près des oreilles.

Le diagnostic de vertige de Ménière est porté et nous instituons un traitement par les injections de pilocarpine. Nous commençons par un quart de centigramme et nous augmentons d'un quart de centigramme par jour jusqu'à la dose de 1 centigramme et demi. Sudations abondantes, sialorrhée.

Le traitement la fatigue un peu.

Au bout de huit jours de traitement nous reprenons l'examen fonctionnel, car nous devons quitter la clinique le lendemain.

Voici ce que nous obtenons :

P. C. D. nulle.	R. O. D. — } plus franchement.
P. C. G. nulle.	R. O. G. — }
M. O. D. 0,01.	Bourdonnements bien moindres ; état vertigineux disparu.
M. O. G. contact.	
W. m. à g.	La voix est entendue à 30 centimètres.

Le traitement fut continué après notre départ et M. Moure nous écrivit, quelque temps après, que la malade était revenue à la clinique et qu'il avait été étonné tellement l'audition de la voix parlée était revenue.

L'amélioration que nous avons obtenue à divers degrés chez ces malades nous a engagé à vous communiquer ces observations. Nous ferons brièvement quelques réflexions à leur sujet.

L'action de la pilocarpine dans le cas I paraît avoir produit une amélioration de l'ouïe qui, sans être considérable, est cependant assez marquée pour être mentionnée.

Dans les cas II et III qui se rapportent à des types de maladie de Ménière, l'action du médicament est indéniable ; l'amélioration est notable et démontrée par l'examen fonctionnel de l'oreille fait avant et après le traitement.

Dans l'observation II, la perception cranienne, nulle d'abord, est un peu revenue du côté malade ; l'audition de la montre, nulle avant, s'entend au contact. Le son du diapason dans l'expérience de Weber, localisé exclusivement du côté de la bonne oreille, est perçu du côté de la mauvaise en faisant vibrer modérément l'instrument. Le rinne qui était tout d'abord négatif en faisant vibrer très fortement le diapason (et à ce sujet nous croyons que le malade sentait plutôt sur les os de son crâne les vibrations mécaniques de l'instrument, qu'il n'entendait véritablement le son), le rinne, disons-nous, est perçu plus nettement et donne un résultat positif. Cette donnée d'un rinne positif coïncidant avec une

audition de la montre au contact, peut paraître tout d'abord paradoxale. Mais on l'explique facilement en réfléchissant que la vitalité du nerf se réveillant un peu, les vibrations sonores qui viennent le frapper directement à travers la chaîne de transmission qui, dans ce cas particulier, est intacte, l'ébranlent plus fortement ainsi que lorsqu'elles lui sont transmises seulement par les os. Enfin l'audition de la voix parlée s'est beaucoup améliorée, l'état vertigineux a disparu, les bruits ont beaucoup diminué.

Dans l'observation III, l'amélioration porte surtout sur l'audition de la montre et aussi sur l'audition de la voix parlée.

Les données fournies par l'expérience de Rinne ont été négatives dans ce cas, sans que nous ayons pu trouver la raison de cette contradiction avec les résultats du cas précédent. Il est bon de faire remarquer que nous avons pris l'audition au bout de huit jours de traitement seulement, et que, étant parti avant la fin du traitement, nous avons eu un résultat qui n'était pas le résultat définitif. Quoi qu'il en soit, là aussi les vertiges ont disparu et les bruits ont bien diminué.

Parmi tous les traitements que l'on a proposés et essayés dans le vertige de Ménière, sulfate de quinine, iodure de potassium, électricité, etc., l'emploi des injections de pilocarpine au début de l'affection nous paraît être un des plus rationnels. La maladie de Ménière, telle qu'on doit l'entendre, est produite dans la majorité des cas par une hémorragie ou une exsudation se produisant brusquement dans le labyrinthe, et agissant directement par irritation ou compression sur les terminaisons du nerf acoustique et les nerfs des ampoules. Or, on sait quels services rendent souvent les injections sous-cutanées de pilocarpine dans les épanchements pleurétiques et péritonéaux et en général dans toutes les exsudations aiguës. Il est donc naturel de penser que la même action peut se produire dans les exsudations de l'oreille interne.

Les insuccès assez nombreux que l'on a pu enregistrer

dans l'emploi de ce médicament dans le vertige de Ménière, peuvent venir de ce que l'on décrit et l'on soigne souvent sous ce nom la complication d'une affection de l'oreille déjà existante et qui n'a, de la maladie de Ménière, que les apparences. Il n'est pas rare, en effet, de voir survenir dans le courant des maladies de l'appareil de transmission du son, des accès temporaires ou prolongés de vertige qui ne sont dus qu'à une augmentation excessive de la pression intra-labyrinthique due elle-même aux produits pathologiques ou aux rapports anormaux de tension de l'oreille moyenne (Politzer). On publie souvent, et nous avons retrouvé un grand nombre de ces observations, des cas de malades traités pour un vertige de Ménière, et chez lesquels l'examen objectif faisait découvrir soit des otorrhées de date ancienne, soit une ancienne affection de l'appareil de transmission. On conçoit donc que dans ces cas le traitement par la pilocarpine puisse souvent échouer.

Nous pensons aussi qu'une des conditions du succès que nous avons obtenu, est que nous avons pu traiter les malades peu de temps après l'ictus. L'action de la pilocarpine est généralement plus favorable dans les épanchements récents, et de plus, en favorisant le plus rapidement possible la résorption du liquide épanché, on se met jusqu'à un certain point à l'abri des altérations persistantes que pourrait avoir entraînées une compression trop longtemps continuée des terminaisons si délicates du nerf acoustique.

Une dernière remarque que nous avons faite aussi, c'est que deux de nos malades ont une profession à peu près analogue : l'un est chauffeur, l'autre est cuisinière.

Peut être chez les deux la cause déterminante a-t-elle été la même, et l'action de la chaleur a-t-elle favorisé la congestion et l'hémorragie du labyrinthe.

CONTRIBUTION A LA QUESTION DE L'OUVERTURE LARGE DES CAVITÉS DE L'OREILLE MOYENNE COMME MOYEN CURATIF DE CERTAINES OTORRHÉES REBELLES

Par le Dr **LUC**

Nous avons eu, depuis le mois de septembre dernier, l'occasion de pratiquer six fois l'ouverture de la cavité tympano-mastoïdienne d'après la méthode nettement formulée et pratiquée pour la première fois par Stacke (d'Erfurt), et très justement désignée depuis sous le nom d'opération de Stacke.

L'observation de ces malades assurément peu nombreux, mais attentivement suivis et traités par nous, presque jour par jour, pendant de longs mois, a été éminemment instructive pour nous-même. D'une opération à l'autre notre expérience s'est complétée et souvent notre pratique a eu occasion de se modifier et de s'améliorer. Bref, nous avons souvent passé par des tâtonnements aussi salutaires que laborieux et nous croyons que la publication de notre modeste statistique pourra constituer un document de quelque utilité, d'autant plus que nous aurons eu soin d'insister, chemin faisant, sur les fautes opératoires et les erreurs de diagnostic commises par nous.

Avant tout, nous tenons à faire remarquer qu'à l'heure qu'il est (20 avril 1894) notre première opération remontant au 15 septembre de l'an dernier et notre dernière au 14 mars de cette année, si tous nos opérés peuvent être considérés comme étant sur la voie d'une guérison plus ou moins prochaine, la suppuration diminuant progressivement et se réduisant, chez les premiers en date, à un suintement insignifiant, *aucun n'est encore complètement guéri* (1). Stacke

(1) Il n'en est plus de même aujourd'hui (30 mai). Nous avons obtenu l'épidermisation complète de la cavité tympanique chez nos trois premiers opérés. Le quatrième était dans un état voisin de la guérison quand il quitta Paris, quatre mois après l'opération. Depuis lors, nous sommes sans nouvelles de lui.

et ceux qui l'ont suivi n'ont pas cherché à dissimuler cette longueur du travail de réparation. C'est là un fait bien établi qui mérite d'être soigneusement pris en considération, quand se pose la question de l'intervention opératoire, en présence d'un cas donné d'otorrhée. Hâtons-nous d'ajouter que pour nos trois premiers opérés la longue durée de la suppuration post-opératoire s'explique en partie par ce fait que *le nécessaire*, au point de vue opératoire, ne fut pas fait d'emblée. Le premier fut, en outre, par suite d'une circonstance indépendante de notre volonté, soustrait à nos soins pendant une dizaine de jours, et cela deux semaines après l'opération, alors que la régularité des pansements était le plus indispensable.

Remarquons en revanche que le jeune homme qui fait le sujet de l'observation IV, chez qui je me décidai, pour la première fois, à pratiquer d'emblée l'ouverture de l'antre, en même temps que celle de l'attique, put retourner dans son pays, quatre mois plus tard, dans un état très voisin de la guérison, bien que chez lui les ravages causés par l'ostéite fongueuse eussent nécessité une brèche osseuse opératoire énorme.

Il nous paraît donc de la justice la plus élémentaire de ne pas rendre une méthode opératoire responsable des fautes résultant d'un diagnostic incomplet ou d'un défaut de décision de la part de l'opérateur ; et nous pensons qu'indépendamment des améliorations ultérieures de la technique, la durée du travail de réparation post-opératoire et de la suppuration qui l'accompagne pourra être notablement réduite le jour où l'on se décidera à faire d'emblée une opération suffisamment étendue et où, pour dire les choses plus clairement, en présence d'un cas donné de suppuration rebelle de l'attique, on ne se contentera pas d'ouvrir et de curetter cette cavité, mais où l'on aura soin d'*entr'ouvrir* aussi celle de l'antre qui, n'étant que la continuation de la première, participe presque toujours à ses lésions, et de l'ouvrir largement, si le soupçon de cette participation se trouve justifié; notre conviction basée sur les faits étant que cette ouverture

supplémentaire n'allonge pas sensiblement la durée totale du processus de réparation.

Nous pensons que les vues que nous venons d'émettre trouveront leur confirmation dans l'histoire ci-jointe de nos malades.

Observation I. — *Ostéite fongueuse de la région attico-mastoïdienne avec fistule à la paroi postérieure du conduit auditif osseux. — Ouverture de l'attique par la méthode de Stacke sans résultat curatif. — Guérison à la suite de l'ouverture secondaire de l'antre mastoïdien.*

Charles B..., neuf ans. Présente un écoulement fétide de l'oreille droite remontant à l'année 1891 et dont ses parents ne peuvent indiquer la cause.

Il se présente pour la première fois à notre dispensaire au mois de septembre 1893.

L'examen de l'oreille révèle deux perforations tympaniques : l'une large, inférieure, donnant passage à l'air pendant le politzer ou le valsalva, l'autre siégeant au niveau de la membrane flaccide et par où un stylet peut être introduit assez profondément de bas en haut. Il existe, en outre, au niveau de la paroi supérieure du conduit auditif osseux, à un centimètre du cadre tympanique, un orifice fistuleux d'où s'échappent des granulations fongueuses et où l'on peut également introduire un stylet dans la direction de l'attique et de l'aditus. Cette dernière constatation nous paraît indiquer nettement l'existence d'une ostéite fongueuse de la région supérieure de la caisse, dont une ouverture large suivie de curettage pourra seule donner la guérison.

Nous nous décidons à pratiquer cette opération quelques jours après (15 septembre), obligeamment assisté et guidé par notre collègue et ami, le Dr Lubet-Barbon, qui avait déjà eu plusieurs fois l'occasion de l'exécuter et que nous ne saurions trop remercier de l'amabilité avec laquelle il voulut bien, à cette occasion, nous faire bénéficier de son expérience.

Nous n'insistons pas sur les détails de l'opération. Après décollement du pavillon et extraction des deux premiers osselets qui furent trouvés cariés, abatage de l'avant-mur ou paroi externe de la logette au moyen de la gouge. Curettage de l'attique qui était encombré de fongosités. Un stylet entouré de ouate et introduit dans l'aditus n'en ayant pas ramené de pus, l'antre est respecté. Tamponnement avec la gaze iodoformée.

Pas de fièvre pendant les jours suivants. Le premier pansement est levé six jours plus tard, le 21, puis renouvelé de deux en deux jours.

5 décembre. — Je commence à noter à la partie postéro-supérieure du conduit auditif osseux, dans sa région la plus profonde, c'est-à-dire au niveau de l'aditus ad antrum, l'existence d'un clapier purulent partiellement masqué par des fongosités, du milieu desquelles s'échappe du pus fétide, et à travers lesquelles un stylet peut être conduit vers l'antre. A plusieurs reprises, je tente de détruire ces fongosités, d'abord en les cautérisant avec une solution de chlorure de zinc à 1/10, puis en les soumettant à un curettage énergique, après avoir endormi l'enfant avec le bromure d'éthyle.

Au commencement de janvier de cette année, constatant que mes efforts sont vains, j'arrive à la conclusion que ma première intervention a été insuffisante et que, l'ostéite fongueuse s'étendant indubitablement à l'antre mastoïdien, l'ouverture et le curettage de cette cavité s'imposent comme le seul moyen d'obtenir la guérison radicale.

12 janvier. — Je mets mon projet à exécution. L'enfant étant chloroformé, la plaie rétro-auriculaire qui commençait à se fermer est réouverte. Avec la gouge et le maillet, l'antre mastoïdien est ouvert immédiatement en arrière du conduit auditif et trouvé plein de pus fétide et de fongosités.

J'abats alors la travée osseuse séparant la nouvelle brèche de la première, de façon que les deux foyers n'en forment plus qu'un seul.

Les fongosités sont minutieusement curettées et les parois osseuses touchées avec une solution de chlorure de zinc au tiers.

Dès lors, les suites de l'opération sont des plus simples, et les soins consécutifs se bornent à bourrer de gaze iodoformée la grande cavité mentionnée, tant par le conduit que par la plaie, et cela de plus en plus rarement, au fur et à mesure que les parois tendent à s'épidermiser et que le suintement purulent diminue.

Au commencement d'avril, l'épidermination en question se montre partout.

Obs. II. — *Cholestéatome de l'oreille moyenne. — Otorrhée fétide. — Vertiges violents guéris par l'extraction d'une masse cholestéatomateuse de la caisse. — Persistance de la fétidité. — Ouverture de l'attique, puis de l'antre.*

Florent V..., dix-sept ans, ouvrier bijoutier. Je suis mandé près de ce jeune homme, le 4 septembre 1893, à l'occasion de violents vertiges survenus depuis une huitaine de jours et ne lui permettant

pas de quitter la position horizontale sans être pris aussitôt de vomissements et de phénomènes syncopaux ; les accidents étant apparus dans le cours d'une otite suppurée du côté droit.

Ne constatant ni fièvre, ni céphalalgie, je considérai le vertige comme étant d'origine auriculaire.

L'examen de l'oreille me montra le tympan d'une teinte rougeâtre générale, très convexe en arrière du marteau où la rougeur faisait place à une teinte jaune blanchâtre, constatation qui déjà alors éveilla dans mon esprit l'idée qu'une masse choléstéatomateuse pouvait bien se trouver là, soulevant la membrane tympanique. A la partie antéro-inférieure, perforation donnant passage à l'air pendant le politzer. Un tampon d'ouate introduit au fond du conduit après lavage de ce dernier, et retiré au bout de vingt-quatre heures, me révéla l'existence d'un écoulement purulent verdâtre, peu abondant, mais extrêmement fétide.

Je prescrivis un repos complet au lit et pratiquai chaque jour des lavages avec une solution de sublimé à 1/4000, tant par le conduit que par la trompe, au moyen d'une sonde. Au bout d'une huitaine de jours, les vertiges cessèrent et l'écoulement disparut, et pourtant les tampons d'ouate retirés secs du fond du conduit répandaient la même odeur fétide présentée par l'écoulement, ce qui indiquait la présence, derrière le tympan, de quelque substance putréfiée non éliminée par les lavages.

Au commencement d'octobre, trois semaines par conséquent après cette accalmie, les vertiges ayant reparu, je me décide, après cocaïnisation du fond du conduit, à inciser la membrane tympanique au niveau de sa partie bouchée et blanchâtre et, conformément à ma prévision, je constate que la voussure et la coloration particulière de la membrane à ce niveau étaient dues à la présence d'une masse choléstéatomateuse fétide, ayant la forme et les dimensions d'une lentille. Cette masse est facilement extraite au moyen d'une petite curette. Il me parut évident que c'était à la pression exercée par elle sur la paroi profonde de la caisse que devaient être rapportés lesphénomènes vertigineux, car ils cessèrent définitivement à la suite de son élimination.

En revanche, *la fétidité de l'oreille sans écoulement* persista malgré des lavages pratiqués tant par la sonde introduite dans la trompe que par une canule de Hartmann glissée à travers la perforation.

Cette dernière constatation me fit diagnostiquer la présence d'autres masses choléstéatomateuses dans l'attique et vraisemblablement aussi dans l'antre mastoïdien, et je proposai d'emblée l'ouverture de ces deux cavités. Si mon intervention acceptée par les parents dut se

limiter à la première, ce fut par suite de circonstances indépendantes de ma volonté.

A la suite d'une consultation à laquelle prirent part le Prof. Tillaux et le Dr Lubet-Barbon, l'ouverture de l'attique par la méthode de Stacke fut résolue et pratiquée le 17 octobre.

Après extraction du marteau et de l'enclume (non cariés) et abatage du mur de la logette, je trouvai dans l'attique des masses nacrées qui furent soigneusement extraites avec la curette. L'antre mastoïdien fut respecté.

Les jours suivants, pas de fièvre; premier changement de pansement le sixième jour. Toute fétidité de l'oreille a disparu.

Pendant la dernière partie d'octobre et tout le mois de novembre, les pansements sont renouvelés tous les deux jours.

8 décembre. — Je commence à noter, à la partie postéro-supérieure du fond du conduit, c'est-à-dire dans la région de l'aditus, la présence de fongosités que je tente à plusieurs reprises de détruire en les touchant avec une solution de chlorure de zinc au tiers.

Ces cautérisations sont répétées plusieurs fois dans le courant du mois de janvier.

Commencement de février. — La plaie rétro-auriculaire est fermée. La cavité tympanique inspectée par le conduit se montre sèche et blanche, sauf dans la région de l'aditus, où se reforment toujours les mêmes fongosités et où persiste une suppuration peu abondante, mais intarissable. Un stylet introduit au milieu de ces fongosités, dans la direction de l'antre, donne au doigt la sensation de masses molles entremêlées de petits séquestres osseux.

J'arrive ainsi à la conclusion que ma première intervention n'a pas été suffisante et que l'opération, pour donner un résultat radical, doit être étendue à la cavité mastoïdienne.

Cette nouvelle opération est pratiquée par moi, le 6 février, avec l'aide de mes confrères et amis les Drs Gouly et Bresson.

L'apophyse mastoïde était fortement éburnée, et ce fut seulement à une profondeur de deux centimètres et demi, en serrant de près le conduit auditif, que je finis par rencontrer l'antre mastoïdien sous forme d'une courte et étroite cavité, simple prolongement rudimentaire de la caisse en arrière. Cette cavité renfermait, outre du pus, des fongosités et des lames nacrées, un petit séquestre osseux libre, ayant les dimensions d'un petit pois. Comme dans le cas précédent, après un curettage énergique de toutes les parties malades, cette nouvelle brèche osseuse est réunie à la première par destruction de la partie supérieure de la paroi postérieure du conduit auditif osseux,

après quoi, badigeonnage des surfaces osseuses avec la solution de chloure de zinc au tiers et tamponnement iodoformé. Depuis lors, les pansements sont renouvelés tous les deux jours ou tous les jours.

Au moment où nous rédigeons cette observation, près de six semaines après notre seconde intervention, la suppuration persiste, bien que très atténuée.

Obs. III. — *Ostéite fongueuse attico-mastoïdienne. — Ablation du marteau sans résultat. — Ouverture de l'attique, puis de l'antre. — État voisin de la guérison.*

Georges D..., dix-sept ans et demi, garçon boucher, se présente pour la première fois à notre clinique le 2 août 1893, pour une suppuration fétide de l'oreille gauche, survenue il y a sept ans, sans qu'il puisse en indiquer la cause. L'inspection du fond du conduit montre une perforation de Schrapnell, bordée de fongosités.

28 septembre. — Le marteau est extrait et trouvé carié. L'exploration au stylet ayant permis de reconnaître la présence de fongosités dans l'attique et la suppuration persistant malgré des tentatives répétées de curettage par le conduit, nous nous décidons à pratiquer l'opération de Stacke, le 18 octobre, avec l'aide de notre ami Lubet-Barbon.

L'attique est effectivement trouvé rempli de fongosités qui sont très soigneusement curettées. Tamponnements iodoformés par la plaie et le conduit, comme dans les cas précédents.

Comme dans les cas précédents aussi, nous constatons au mois de janvier que la suppuration persiste, entretenue par des fongosités dans la région de l'aditus.

19 janvier. — Avec l'aide de nos amis Gouly et Mendel, ouverture de l'antre mastoïdien que nous n'atteignons qu'à une profondeur de 15 millimètres sous une couche osseuse éburnée.

Aujourd'hui 20 avril, la suppuration est très atténuée. Les pansements n'ont besoin que d'être renouvelés deux fois par semaine. L'ouverture maintenue en arrière du pavillon de l'oreille donne accès dans une cavité sèche et en voie d'épidermisation sur la plus grande partie de son étendue.

Obs. IV. — *Ostéite fongueuse attico-mastoïdienne. — Ouverture simultanée des deux cavités. — Paralysie faciale consécutive à l'opération. — Etat voisin de la guérison.*

Emmanuel G..., seize ans, cultivateur. Ce jeune homme me consulta pour la première fois en 1892, au mois de septembre, pour

une suppuration abondante et fétide de l'oreille gauche, remontant à cinq ans, et dont la cause ne put m'être indiquée. L'otoscopie me montra, après lavage du conduit et de la caisse, une large perforation tympanique réniforme, circum-martellaire, livrant passage à une grappe de fongosités polypiformes qui paraissaient venir de l'aditus.

Le malade ne pouvant séjourner que quelques heures à Paris, je dus me borner, pour cette fois, à pratiquer l'extraction des polypes et à prescrire des soins antiseptiques.

Je revois le jeune homme au commencement de novembre 1893. La suppuration temporairement diminuée par mon intervention n'a pas tardé à reprendre son abondance première et n'a d'ailleurs jamais perdu sa fétidité.

Je me décide cette fois, instruit par l'expérience acquise, à ouvrir d'emblée l'attique et l'antre mastoïdien. Je pratique cette opération, le 7 novembre, avec l'assistance de mon ami le Dr Alfred Martin. L'attique ouvert, après décollement du pavillon et du conduit membraneux, et excision de la membrane tympanique et des premiers osselets, se montra rempli de fongosités. Un stylet entouré d'ouate ayant été alors introduit dans l'aditus en est ramené chargé de pus grumeleux. Cette constatation coupe court à toute hésitation et la paroi postérieure du conduit osseux est attaquée avec la gouge, de façon à étendre la brèche osseuse dans la direction de l'antre.

Dès le premier coup de gouge appliqué dans cette direction, nous découvrons une cavité énorme, n'occupant pas moins des deux tiers supérieurs de l'apophyse mastoïde, s'étendant également très loin dans la profondeur et tapissée et encombrée de fongosités, au milieu desquelles se présentait un gros séquestre libre. Il fallut ouvrir l'antre très largement pour pouvoir opérer le curettage de tous les points de sa cavité. C'est évidemment au cours de cette manœuvre que le nerf facial fut lésé, ainsi que l'établit la paralysie de la moitié gauche de la face constatée au moment du réveil du malade.

Les surfaces curettées furent touchées avec une solution de chlorure de zinc au tiers, après quoi la large brèche osseuse fut bourrée de gaze iodoformée introduite tant par la plaie que par le conduit. Les extrémités supérieure et inférieure de la plaie furent réunies par un point de suture. Nous eûmes soin enfin, conformément à la pratique de Stacke et de Pause, de tailler, aux dépens de la paroi postérieure du conduit membraneux, un lambeau quadrilatère qui fut appliqué par sa surface saignante sur la partie inférieure de la brèche osseuse.

Pas de fièvre les jours suivants.

Pansement levé le sixième jour.

Au bout de quinze jours, la plaie cutanée est réunie et j'introduis alors systématiquement par le conduit deux mèches de gaze iodoformée, d'abord une, en arrière, qui bourre complètement l'antre, la seconde ensuite dans la cavité tympanique.

Le travail de réparation marcha dans ce cas avec une parfaite régularité.

Le 9 mars, quatre mois, presque jour pour jour, après l'opération, le jeune homme dût s'en retourner dans son pays. A ce moment, la cavité mastoïdienne très réduite dans ses dimensions présentait dans toute son étendue une surface blanche et sèche. Seule, la cavité tympanique suppurait encore légèrement.

Je congédiai le jeune homme avec des instructions précises pour la continuation des tamponnements iodoformés.

Obs. V. — *Ostéite fongueuse attico-mastoïdienne avec formations épidermiques abondantes. — Ouverture d'emblée de l'attique et de l'antre. — Malade en voie de guérison.*

Fernande M..., sept ans, opérée par moi en 1892 de végétations adénoïdes, présente depuis 1890 un écoulement abondant et fétide de l'oreille droite.

Consulté par les parents de l'enfant pour cette otorrhée, au mois de septembre de l'an dernier, je constate, après lavage de la caisse, une perforation rétro-martellaire adhérant par son bord inférieur au promontoire, libre, au contraire, au niveau de son bord supérieur, au dessous duquel on voit pendre une petite fongosité et s'écouler du pus, peu de temps après le lavage. Cette simple constatation me fait songer immédiatement à la possibilité d'une suppuration de l'étage supérieur de la caisse. Je fus confirmé dans mon opinion quand, après avoir extrait le polype, je remarquai qu'un stylet courbe s'engageait assez haut dans la direction de l'antre et de l'aditus, par la partie supérieure de la perforation.

J'instituai, comme traitement préliminaire, des lavages boriqués que je pratiquai moi-même, et dans l'intervalle desquels des tampons d'ouate imprégnés de glycérine phéniquée à 1/20 étaient maintenus au fond du conduit.

Après plus de cinq mois de traitement dont le seul résultat fut de supprimer rapidement la fétidité du pus, et à la suite d'une tentative d'extraction du marteau qui n'aboutit qu'à l'excision du manche de cet osselet, je me décidai à pratiquer, le 6 février dernier, l'ouverture large du foyer osseux.

Je fus assisté pour cette opération par mes amis les Drs Gouly et Bresson. Le marteau et l'enclume extraits, après décollement du pavillon, incision du conduit membraneux et excision de la membrane tympanique, se montrèrent sains. L'attique ouvert, par abatage du mur de la logette, contenait du pus et des fongosités; mais ce qui dominait comme lésion, c'était la présence d'épaisses lames épidermiques tapissant ses parois.

Malgré l'absence des signes classiques de mastoïdite, j'émis devant mes aides l'opinion, que, suivant toute vraisemblance, l'antre mastoïdien devait participer à des lésions aussi prononcées dans une région dont il n'est, en somme, que le prolongement, et, fort de l'expérience acquise par l'observation de mes précédents malades, je procédai, séance tenante, à l'ouverture de cette seconde cavité. Conformément à mes prévisions, l'antre renfermait du pus et des fongosités; il se montrait, comme l'attique, tapissé de lames épidermiques et contenait un petit séquestre libre.

Curettage et cautérisation des parois avec la solution de chlorure de zinc au tiers. Tamponnement iodoformé. Incision de la paroi postérieure du conduit auditif membraneux, comme chez le malade précédent, pour la formation d'un lambeau quadrilatère que je fixe par un point de suture à l'angle inférieur de la plaie cutanée, appliquant sa surface saignante sur la partie inférieure de la brèche osseuse. Suites de l'opération extrêmement simples. A la fin de mars, les tamponnements iodoformés sont faits exclusivement par le conduit auditif qui donne un accès très suffisant dans toute l'étendue de la cavité osseuse ouverte par la gouge.

Dès le 8 avril, la plaie rétro-auriculaire est complètement cicatrisée.

20 avril. — A la suite de plusieurs cautérisations avec l'acide chromique et la solution de chlorure de zinc au tiers, toute tendance à la formation de fongosités paraît réprimée. Le foyer est en voie d'épidermisation.

Obs. VI. — *Otorrhée très abondante causée par une ostéite fongueuse du plancher de la caisse. — Ouverture de la cavité attico-mastoïdienne à la suite d'une interprétation erronée du siège de la lésion. — Reconnaissance et curettage du foyer véritable à la faveur de la large brèche ouverte.*

L'abbé F..., quarante-trois ans, vient me consulter, à la fin du mois de février de cette année, pour un écoulement purulent de l'oreille gauche remontant à cinq mois et dont il ne peut indiquer la cause.

Ce qui caractérise surtout cet écoulement, c'est son abondance.

A peine l'oreille vient-elle d'être irriguée, que le fond du conduit recommence à se remplir de pus d'ailleurs non fétide.

L'inspection du fond du conduit me montre, à la partie antéro-inférieure de la membrane tympanique, rouge et tuméfiée, une petite perforation en partie masquée inférieurement par un polype. J'extrais ce polype et constate, au moyen d'un stylet, que l'os est dénudé à la partie inférieure de la caisse. Je diagnostique donc une ostéite fongueuse du plancher de la caisse et, dès le lendemain, après avoir laissé séjourner pendant cinq minutes, au fond du conduit, quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/5, je tente de déterger avec une curette fine la région suspecte, et je réussis effectivement à extraire de la partie inférieure de la caisse d'autres fongosités, malgré les très grandes difficultés créées par l'insensibilisation très insuffisante du champ opératoire. Immédiatement après, introduction dans le foyer d'un stylet portant un petit tampon d'ouate imprégné d'une solution de chlorure de zinc au tiers, puis tamponnement iodoformé, la gaze étant logée le plus profondément possible dans la partie inférieure de la caisse.

A la suite de cette intervention, je me croyais autorisé à attendre une diminution progressive, puis la cessation de l'otorrhée. Il n'en fut rien : pendant plus de quinze jours, je pratiquai moi-même, une ou deux fois par jour, outre des douches d'air, des lavages boriqués tant par le conduit que par la trompe.

Quelques minutes à peine à la suite de ces lavages multiples, énergiques et minutieux, l'exploration de l'oreille montrait une nouvelle goutte de pus sourdant de la perforation et *paraissant provenir de sa partie supérieure*.

Cette dernière constatation me porta à penser qu'en curettant le plancher de la caisse, je ne m'étais attaqué qu'à une partie des lésions; qu'indépendamment de ce foyer il en existait un autre vraisemblablement situé dans les régions supérieures de l'oreille moyenne, et j'en proposai l'ouverture au malade qui, désireux d'être débarrassé à tout prix de son otorrhée, accepta sans hésitation.

Je mis mon projet à exécution le 14 mars, aidé par mes excellents amis, les Drs Noël Hallé et Gouly. L'attique et l'antre mastoïdien furent donc ouverts, mais trouvés sains. Tamponnement iodoformé comme pour les précédents malades, par le conduit et par la plaie; lambeau quadrilatère taillé aux dépens de la paroi postérieure du conduit membraneux, de façon à ce que je pusse ultérieurement, par l'orifice externe de l'oreille, exercer une surveillance attentive sur toute l'étendue du foyer.

Quand j'enlevai le pansement, cinq jours plus tard, mon attention fut frappée par la présence d'une traînée de pus recouvrant la partie inférieure de la plaie et provenant manifestement du plancher de la caisse. Était-ce donc là, ainsi que je l'avais pensé tout d'abord, la source unique de la suppuration, source qui aurait été insuffisamment attaquée lors de ma première intervention? Je songeai dans tous les cas à utiliser la large brèche créée par ma seconde opération, et, le 1er avril, aidé de mon ami Gouly, j'introduisis de haut en bas, par la plaie rétro-auriculaire, une longue curette dans la partie inférieure de la caisse, et je pensai à débarrasser complètement cette région des fongosités que je pouvais maintenant apercevoir nettement, le regard plongeant de haut en bas à travers une plaie large. Cautérisation consécutive du foyer avec la solution du chlorure de zinc au tiers; puis tamponnement avec de la gaze iodoformée que je m'applique à bien faire pénétrer jusqu'au plancher de la caisse.

Malgré cette intervention, la suppuration persista opiniâtrément pendant les semaines qui suivirent et il devint bientôt manifeste que, tarie au niveau du plancher de la caisse, elle continuait de se produire dans la région de l'aditus et de l'antre. J'étais donc ramené de force à ma première hypothèse quand, le 24 mai (alors que ce travail était déjà sous presse), j'eus la preuve que cette hypothèse était la vraie; à cette époque, en effet, se produisit à la région mastoïdienne un gonflement douloureux qui nécessita l'ouverture de l'antre au siège d'élection. J'eus alors l'explication de la persistance de la suppuration : je tombai en effet dans une cavité n'occupant pas moins des quatre cinquièmes de l'apophyse mastoïde et remplie de pus et de fongosités. C'est là évidemment que s'était toujours formée la plus grande partie du pus, mais ce pus ne s'écoulait à travers l'aditus que par regorgement.

Le foyer mastoïdien soupçonné par moi existait donc bien réellement; mais je l'avais laissé passer inaperçu, lors de ma première intervention, faute d'avoir suffisamment étendu ma brèche osseuse vers la région mastoïdienne.

DE L'INFLUENCE DE LA SEQUARDINE DANS LES AFFECTIONS DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES — SES BONS EFFETS SUR LA VOIX

Par le Dr **BOUFFÉ**

Je désire appeler l'attention du Congrès de Laryngologie sur l'emploi thérapeutique de la sequardine dans certaines affections des muqueuses aériennes. — Je montrerai en même temps, dans cette note, l'influence du liquide testiculaire sur le rétablissement de la puissance de la voix et les ressources qu'il peut présenter dans l'affaiblissement de l'organe phonateur, où les médecins ont trop souvent les mains liées par l'impuissance lorsqu'ils sont consultés pour un affaiblissement de la voix, relevant soit d'une dépression générale, sans lésions locales, ou de troubles trophiques se terminant par l'exfoliation muqueuse simple, ou encore accompagnée d'ulcération siégeant sur la région bucco-pharyngienne.

Les quelques faits que je viens vous soumettre sont le résultat de l'observation de plus de quatre mille injections de liquide testiculaire que j'ai pratiquées, dans ces trois dernières années, chez des malades présentant diverses affections caractérisées par des manifestations cutanées ou muqueuses, mais relevant toutes de troubles nerveux.

Observation I. — Je citerai entre autres le fait d'un homme de cinquante-quatre ans, atteint d'une mucosite bucco-pharyngo-laryngienne, datant de dix-huit mois et survenue au cours d'une tuberculose pulmonaire. La muqueuse des lèvres au niveau des incisives et canines du côté gauche de la bouche présente plusieurs ulcérations, ainsi que le côté interne de la joue droite. Aucun traitement, tant local par les cautérisations les plus variées que par les médications générales toniques, arsenicales, iodurées ou spécifiques, n'avait jamais pu modifier les surfaces ulcérées, lesquelles avaient résisté même au fer rouge. Les lèvres étaient tuméfiées et débordaient de beaucoup l'arcade dentaire antérieure. La muqueuse de la bouche était d'un rouge luisant, ainsi que celle de la langue et du pharynx. La salive s'écoulait parfois au dehors par les commissures labiales, et le malade se plaignait d'une

vive cuisson dans la gorge et la bouche, ce qui nuisait fort à sa tuberculose et lui imprimait une marche rapide par l'inanition à laquelle il se condamnait pour échapper à la douleur que lui causait la déglutition des moindres aliments. Sa voix était éraillée, affaiblie, et il devait faire des efforts pour parler distinctement. M. X... reçut, du 28 septembre au 10 novembre 1892, vingt injections de liquide testiculaire, à la dose de 3 centimètres cubes chaque fois.

Dès la septième injection, la muqueuse bucco-pharyngienne perdait sa coloration foncée et présentait une teinte plus pâle. En même temps, la sécheresse de la muqueuse était moindre, et les ulcérations se comblaient graduellement, pour disparaître définitivement après la seizième injection.

La sensation de cuisson éprouvée dans la bouche, sur la langue, disparut totalement. Les papilles linguales, qui étaient saillantes avant le traitement, diminuèrent sensiblement et reprirent bientôt leur état normal.

L'état général se releva, l'appétit reparut très vif, ce qui permit de recourir à la suralimentation; les forces se montrèrent et l'on put constater, à l'auscultation, une accalmie très nette des phénomènes respiratoires; enfin la voix, dont l'ampleur était singulièrement diminuée depuis longtemps, recouvrait une force et une étendue si remarquables que le malade ne pouvait s'empêcher de les signaler à chaque consultation. Il parlait d'une voix ferme, un peu plus haute qu'antérieurement, et sa muqueuse bucco-pharyngienne, après seize injections de sequardine, était absolument vierge d'ulcérations. La coloration en était tout à fait normale.

Obs. II. — Le second fait est relatif à une dame de trente-trois à trente-quatre ans environ, neurasthénique au dernier degré et qui était soumise à la méthode de Brown-Sequard. Mme X... a toujours eu une voix remarquable de soprano; mais depuis cinq ans, elle remarque que sa voix a non seulement baissé, mais qu'elle s'affaiblit au point que, malgré un travail intelligent dont le surmenage est absolument exclu, elle ne peut plus chanter.

Elle a été examinée par plusieurs spécialistes français et étrangers qui tous ont été d'accord pour reconnaître qu'elle n'avait rien au larynx ni aux cordes vocales. En résumé, elle ne présentait aucune lésion de quelque nature que ce fût aux voies aériennes et néanmoins elle ne pouvait chanter comme par le passé.

Je dois ajouter que depuis dix ans elle est atteinte de psoriasis. Une altération s'était-elle produite au niveau de sa muqueuse laryngienne ou

de ses cordes vocales ? Le fait est très probable, car, sous l'influence des injections de liquide testiculaire, elle s'aperçut d'une puissance nouvelle de sa voix dont elle pouvait se servir dès la septième injection de 3 centimètres cubes. En même temps, je constatais une diminution des squames qui fut le premier signe de la régression de son psoriasis.

J'ai eu depuis quinze mois l'occasion à plusieurs reprises de revoir cette malade et l'ampleur de sa voix s'est maintenue. Elle a recouvré les notes perdues qu'elle émet très facilement. Enfin elle peut chanter aujourd'hui comme dans ses meilleurs jours.

Obs. III. — Enfin, pour éviter une plus longue énumération de faits qui se comportent toujours de la même manière, je citerai celui d'un monsieur de trente-huit ans, herpétique depuis sa jeunesse, qui présentait de l'exfoliation mucoso-bucco-linguale, et chez lequel à la suite d'injections de sequardine au nombre de 25, tout phénomène de phlegmasie bucco-pharyngienne disparut totalement. En même temps l'état général se releva. Le malade, qui respirait mal depuis trois ans et ne pouvait plus chanter, recouvra sa voix de ténor d'antan et put chanter avec force et éclat comme par le passé.

Réflexions. — Quoiqu'on sût, bien avant les expériences de Brown-Sequard, la relation intime qui existe entre la fonction testiculaire et la voix dont le timbre est totalement modifié par la suppression de l'organe, à la suite de la castration, par exemple, aucun auteur jusqu'ici n'avait signalé l'influence favorable de l'injection du liquide testiculaire sur la voix des chanteurs.

Frappé des premiers résultats obtenus, j'ai observé tous les cas qui ont été soumis par moi à la méthode, et je n'hésite pas à considérer ce relèvement de la puissance de la voix comme un symptôme constant chez la plupart des malades soumis régulièrement à l'emploi thérapeutique de la méthode de Brown-Sequard.

On se rendra aisément compte de ces modifications de la voix lorsqu'on se reportera au mode d'action du liquide testiculaire sur l'organisme en général, et en particulier sur l'organe phonateur en état de défaillance nerveuse soit par le surmenage qui provoque l'usure prématurée, ou par l'âge qui cause l'usure graduelle.

Chacun sait que pour obtenir toute l'ampleur de sa voix, il faut que le chanteur présente un état général excellent. Le liquide testiculaire étant le tonique par excellence des centres nerveux, dont la puissance dynamogénique atteint sous son influence son summum de force, comme je l'ai constaté des milliers de fois, en mesurant à chaque injection la force au dynanomètre, on comprendra que la répartition nerveuse s'étende aux voies respiratoires et que le retentissement s'en opère sur le timbre, la tonalité, l'ampleur de la voix, l'organe phonateur acquérant alors une force et par suite une souplesse inaccoutumée jusque-là.

Comment enfin les centres nerveux acquièrent-ils, sous l'influence des injections de liquide orchitique, le summum de puissance dynamogénique ?

On sait, depuis les travaux de Brown-Sequard, que toutes les glandes, qu'elles aient des conduits excréteurs ou non, sécrètent un produit utile au sang, dont l'absence se fait sentir lorsqu'elles sont extirpées ou détruites par la maladie.

Telle est la théorie de la secrétion interne des glandes, émise par Brown-Sequard et vérifiée et confirmée par le Prof. Baubard qui l'a proclamée au Congrès de Besançon, en août 1893.

L'observation clinique apprend d'autre part que chez le vieillard dont les sécrétions internes sont en état de défaillance, l'organisme souffre, toutes ses fonctions subissent un ralentissement souvent considérable. L'âge ici suffit, par l'usure graduelle, à donner la clef des phénomènes constatés.

D'autre part, que provoque la maladie ou le surmenage, si ce n'est l'usure prématurée ? Dans tout organisme réalisant ces dernières conditions, la sécrétion interne des glandes et notamment celle du testicule, la glande vitale par excellence, met, par la diminution de la sécrétion des principes utiles au sang, l'organisme en état de défaillance nerveuse, d'où une sorte d'inhibition se produisant sur l'organe phonateur et se traduisant par l'affaiblissement de la voix dans la plupart des cas et allant dans d'autres jusqu'à la produc-

tion des troubles trophiques signalés plus haut, si rebelles à tout traitement et qui disparaissent si aisément pourtant, lorsque par les injections de liquide orchitique on rétablit les principes qui font défaut dans l'organisme.

De ce qui précède nous pouvons conclure :

1° Les injections de Brown-Sequard sont indiquées toutes les fois que l'organisme, profondément affecté, présente du côté des muqueuses aériennes des manifestations se traduisant par une diminution dans les sécrétions glandulaires des muqueuses bucco-aériennes ou par des troubles trophiques caractérisés par des modifications dans l'état des muqueuses aériennes avec ou sans ulcération, ou encore revêtant le caractère de simples proliférations épithéliales.

2°. L'observation clinique du relèvement de la puissance de la voix, parlée ou chantée, étant un phénomène constant chez les personnes soumises à l'emploi thérapeutique régulier de la méthode de Brown-Sequard, les cas d'affaiblissement de la voix sont justiciables des injections de sequardine qui seront utilisées avec le plus grand avantage notamment chez les chanteurs de profession ou chez ceux qui doivent se servir de leur voix, tels qu'orateurs, prédicateurs, professeurs, etc.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'OTITE INTERNE

Par le Dr **THOMAS** (de Marseille).

C'est une simple note que j'ai l'honneur de présenter, presque une vue de l'esprit qui, plus tard, pourra prendre corps et faire l'objet d'un travail complet, avec recherches bibliographiques, si l'expérimentation, basée sur de nombreuses observations, vient confirmer l'opinion émise par M. Gradenigo à la 65e Réunion des naturalistes et médecins allemands.

Avant de lire la *Revue internationale de Rhinologie* du 10 février dernier, les travaux de Fournier, Mauriac,

m'avaient suggéré l'idée du rôle prépondérant de la syphilis dans la labyrinthite double ou unilatérale, et dès le 1er février de cette année, j'ai prescrit, de parti pris, le traitement spécifique, soit mixte, soit l'iodure de potassium seul ou associé à d'autres iodures, et l'électricité auriculaire (si les circonstances le permettaient, séjour à Marseille), à tous les malades atteints d'otite interne non traumatique, présentant des signes d'affections anciennes ou récentes de l'oreille moyenne, que l'otite interne fût double ou unilatérale, simple au début, ou précédée du syndrome de Ménière; dans ce dernier cas, l'ictus serait d'origine syphilitique.

En effet, les artériopathies syphilitiques, qui peuvent être aiguës, subaiguës ou chroniques, ont pour caractère essentiel la production rapide d'une grande quantité de cellules embryonnaires, et par suite, l'augmentation du volume du vaisseau, l'épaississement et la friabilité de ses parois, la diminution de son calibre.

L'artère alors cède sur le point le moins résistant, et il se forme là une poche anévrismale dont la constitution propre est la même que celle des anévrismes ordinaires (*Syph. tert.*, Mauriac).

M. Gradenigo, laissant de côté les lésions labyrinthiques pouvant survenir à la suite de traumatismes ou par propagation d'un processus morbide de la cavité endocranienne, pense que les autres formes d'otites internes ont toutes, comme cause prédisposante, une affection plus ou moins grande de l'oreille moyenne, *et que la pathologie de l'oreille interne se rattacherait indirectement à la pathologie du rhino-pharynx*.

Les facteurs qui provoqueraient les troubles de l'oreille interne, concomitamment avec ceux de l'oreille moyenne, seraient au nombre de deux principaux : *a*) prédisposition aux maladies de l'organe de l'ouïe; *b*) existence d'infections générales de l'organisme, soit héréditaires, soit acquises.

Et il ajoute qu'un bon nombre de ce que l'on appelle les scléroses de l'oreille sont en rapport avec la syphilis héréditaire tardive atténuée.

En résumé, pour M. Gradenigo, *la pathologie de l'oreille moyenne domine la pathologie de l'oreille interne* (1).

Ambroise Paré avait, du reste, entrevu l'étiologie syphilitique de la labyrinthite :

« Vérole est maladie causée par attouchements... infectant aussi les parties internes, avec douleurs nocturnes extrêmes dans la tête ; aucuns perdent l'ouïe... » (Mauriac).

Cette manière de voir me paraît très juste ; le traitement spécifique a pour but d'obtenir la régression de la périostite, de l'infiltration hyperplasique, de la sclérose du labyrinthe ; le courant galvanique, appliqué selon la méthode de Brenner ou de Erb, combat la dégénérescence du nerf acoustique.

Mes expériences sont trop récentes et trop peu nombreuses (huit) pour permettre de formuler une conclusion quelconque, et c'est avec une certaine hésitation que je transcris les premiers résultats des trois observations les plus anciennes ; je prie d'excuser les imperfections de leur rédaction : je ne croyais pas que ces notes fussent appelées au périlleux honneur de la publicité.

OBSERVATION I. — Mlle X..., vingt-six ans, atteinte depuis dix ans d'une surdité lente, progressive pendant sept ans malgré de nombreux traitements (entre autres, cathétérisme) et stationnaire depuis trois ans, vint me demander des conseils, fin janvier 1894.

Examen le 1er février. — Voix chuchotée : nulle à toute distance pour l'une et l'autre oreille.

Voix haute : 2 mètres pour l'une et l'autre oreille.

Piano : l'oreille droite distingue assez bien les notes élevées ; les graves sont de simples bruits. L'oreille gauche distingue les tons et demi-tons des notes graves et élevées.

Sifflet de Galton : n° 12 à 2 mètres pour l'une et l'autre oreille.

Électricité : le courant cathodal produit dans les deux oreilles à la fermeture un léger vertige, une lueur, et une augmentation de bruits dans la droite, mais pas d'onde sonore.

L'ouverture du circuit produit également un léger vertige dans les deux oreilles ; pas d'onde sonore, ni d'augmentation de bruits à droite.

(1) *Revue internationale*, 10 février 1894.

Le courant anodal ne produit rien ni à la fermeture, ni à l'ouverture, dans l'une et l'autre oreille.

Diapason au vertex : latéralisation à droite, même l'oreille gauche fermée.

Perception cranienne : nulle des deux côtés.

Montre : O. D. : nulle ; — O. G. : faiblement avec contact fort.

Rinne : négatif à droite comme à gauche. Bruits continus d'échappement de vapeur à droite; pas de bruits à gauche. Ni bruits musicaux, ni vertiges en se mouchant, en fermant les yeux.

Paracousie de Willis.

Tympans : O. D.: laiteux dans toute son étendue, fortement déprimé; triangle lumineux très réduit, marteau porté en arrière; pas la plus petite trace de tissu cicatriciel annonçant une suppuration antérieure. Ankylose à peu près complète de la chaîne ; — O. G. : tympan laiteux en arrière et dans la moitié supérieure en avant; transparent dans l'autre moitié, légèrement déprimé; pas de trace de tissu cicatriciel; chaîne un peu mobile; triangle lumineux à peu près normal; marteau porté en arrière.

Végétations adénoïdes médianes peu développées ; sommet droit suspect; a toussé longtemps pendant tous les hivers; ne tousse plus depuis trois ans. Un frère mort phtisique.

Malgré cet état douteux des voies respiratoires, je poursuivis mes investigations du côté de la syphilis, et je priai la mère de Mlle X... de venir me parler.

Mme X..., également sourde depuis sa première grossesse, est actuellement porteur de syphilis palmaire et de psoriasis disséminé de même nature; elle a eu quatre enfants : un fils qui jouit d'une assez bonne santé; une fille mariée, mère de deux jeunes enfants bien portants, et qui a subi l'année dernière une hystérectomie vaginale ; un autre fils mort de phtisie à vingt-cinq ans; et notre malade.

Mme X... raconte que sa mère a été contaminée par un nourrisson étranger, et qu'un frère, né avant elle et conçu après la contamination, était toujours malade et est mort jeune.

Cette étiologie vague ne m'empêcha pas de prescrire le 1er février :

Sirop de Gibert................	300 grammes.
Iodure de potassium............	15 —

Une cuillerée à soupe, matin et soir, dans du lait; et trois séances par semaine d'électricité galvanique de dix minutes pour chaque oreille, avec un maximum de 3 milliampères.

Plaque mouillée, reliée au pôle positif, dans le dos; rhéophore, muni

de coton mouillé, relié au négatif dans le conduit auditif externe, sans fermer complètement le méat.

Le 22 février, Mlle X... entend, pour la première fois, la montre appliquée fortement contre la conque de l'oreille droite et légèrement contre le pavillon de l'oreille gauche. Pas d'autre modification.

Un très faible progrès se manifeste dans les semaines qui suivent; et un mois après, le 24 mars :

Montre : O. D. : très léger contact; — O. G. : 1 centimètre.

Sifflet de Galton : O. D. et O. G. : n° 12 à 4 mètres.

Examen du 17 avril. — Voix chuchotée : O. D. : audition incomplète contre le pavillon; — O. G. : audition nette à 0m,30.

Voix haute : O. D. : 2 mètres; — O. G. : 5 mètres.

Piano : distinction des tons et demi-tons graves et élevés avec chaque oreille.

Electricité : mêmes phénomènes qu'au début du traitement.

Diapason au vertex : latéralisation à droite.

Montre : O. D. : très léger contact du pavillon; — O. G. : 2 centimètres du pavillon.

Rinne : négatif à droite et à gauche.

Perception cranienne : nulle pour les deux côtés.

Sifflet de Galton : O. D. et O. G. : n° 12 à 4 mètres.

Mêmes bruits continus d'échappement de vapeur à droite; pas de bruits à gauche.

Paracousie de Willis.

En somme, faible amélioration. Le traitement spécifique a cessé fin mars pour être repris le 1er juin (iodure de potassium seul); l'électricité ne subira pas d'interruption avant plusieurs mois.

Obs. II. — Mme Y..., vingt-huit ans, mariée depuis trois ans, raconte le 27 février qu'elle a été prise, il y a six ans, de violents maux de tête diurnes et nocturnes et d'otorrhée double avec surdité. La surdité aurait insensiblement diminué sous l'influence d'injections.

Puis, il y a trois ans, à la suite d'un profond chagrin, nouvelle otorrhée double avec surdité complète qui également s'améliora. Enfin, il y a dix-huit mois, chute de voiture, recrudescence des maux de tête, de l'otorrhée et de la surdité. Pas d'ictus, ni vomissements lors de la chute de voiture, ni précédemment. Crises nerveuses jusqu'à quatorze ans. Céphalalgie et chute de cheveux, de temps à autre, depuis son enfance. Un avortement de six semaines après deux ans de mariage; pas d'enfant. Aucun autre signe de syphilis.

Examen du 27 février. — Voix chuchotée : nulle, à n'importe quelle distance et pour chaque oreille.

Voix haute : O. D. et O. G. : 3 mètres.

Piano : distinction avec l'une et l'autre oreille des tons et demi-tons de toutes les notes.

Electricité galvanique : irritabilité fortement augmentée; vertiges à la fermeture et à l'ouverture du courant cathodal pour les deux oreilles.

Diapason au vertex : latéralisation à droite.

Perception cranienne : nulle des deux côtés.

Montre : O. D. et O. G. : nulle. N'entend pas sonner la pendule de sa chambre à coucher en plaçant n'importe quelle oreille contre le cadran.

Rinne : O. D. : +; O. G. : —.

Sifflet : O. D. : n° 12 à 0m,15; — O. G. : n° 12 à 1 mètre.

Vertiges, bruits musicaux intermitents; bruits continus, bourdonnements, sifflements. Paracousie de Willis; céphalalgie diurne et nocturne intolérable.

Tympan droit : cicatriciel, rétracté : — Gauche : large perforation centrale avec légère suppuration.

Impossibilité, par suite du refus de la malade, d'examiner le naso-pharynx par rhinoscopie postérieure; la rhinoscopie antérieure ne décèle rien.

La céphalalgie plus prononcée la nuit, la chute des cheveux, la recrudescence par poussées, l'avortement, m'ont paru justifier le traitement mixte et l'électricité auriculaire galvanique, deux séances par semaine.

6 mars. — Disparition complète de la céphalalgie diurne et nocturne.

3 avril. — Voix chuchotée : O. D. et O. G. : à 1 mètre; Mme Y... entend les sons, sans rien comprendre.

Voix demi-haute : O. D. et O. G. : à 3 mètres; comprend incomplètement, saisit quelques mots.

Voix haute : O. D. et O. G. : à 3 mètres; comprend distinctement.

Diapason au vertex : latéralisation à droite.

Perception cranienne : nulle des deux côtés.

Montre : O. D. : nulle contre le pavillon; — O. G. : très léger contact du pavillon.

Rinne : O. D. : + ; O. G. : —.

Sifflet de Galton : O. D. : n° 8 à 3 mètres, n° 5 à 0m,15; — O. G. : n° 7 à 3 mètres, n° 4 à 1 mètre.

Plus de vertiges, ni de bruits musicaux, mais toujours les bruits continus.

17 avril. — Voix chuchotée : O. D. : à 0m,10 ; a très bien répété : « A quelle heure êtes-vous partie ? » A 0m,15, audition incomplète ; — O. G. : à 0m,20 ; audition nette.

Voix haute : O. D. et O. G. : à 5 mètres ; audition nette.

Diapason au vertex : latéralisation à droite.

Perception cranienne : nulle des deux côtés.

Rinne : O. D. : +; O. G. : —.

Montre : O. D. et O. G. : à 0m,02 du pavillon.

Plus de sifflements, seulement des bourdonnements. Paracousie de Willis. Vertiges à la fermeture et à l'ouverture du courant cathodal.

Mme Y... entend distinctement de son lit la sonnerie de la pendule de sa chambre placée à environ 3 mètres.

12 mai. — Mme Y... affirme qu'elle entend distinctement de la terrasse de sa maison sonner la pendule de sa chambre à coucher, c'est-à-dire à une distance d'au moins huit mètres. Les épreuves de la voix et de la montre ne justifient pas une telle progression.

13 mai. — Un violent chagrin, une grande déception produisent une recrudescence des bruits continus, le retour des sifflements intermittents, sans otorrhée ni bruits musicaux.

Cette nouvelle poussée tend à confirmer le diagnostic, car pour Mauriac : « en dehors des prédispositions héréditaires il y a des causes adjuvantes, dont l'action permanente ou répétée sur les centres nerveux indique à la syphilis qu'elle peut vaincre facilement la résistance vitale de ces organes. Parmi ces causes, il faut placer au premier rang le surmenage cérébral, les tensions excessives de l'esprit, les veilles prolongées, les *émotions*, les *chagrins*, les *grandes secousses morales*, les passions dépressives..., etc. »

Malgré ce fâcheux contretemps, Mme Y... enchantée des résultats, cesse le 19 mai le traitement électrique ; elle prendra pendant un mois de l'iodure de potassium à la dose journalière de deux grammes.

Dans cette observation, le rôle de l'électricité m'a paru plus efficace que précédemment ; je ne puis attribuer toute l'amélioration au traitement spécifique, qui n'a été suivi régulièrement que pendant les quinze premiers jours et repris de temps à autre.

L'observation suivante, type d'une sclérose double de l'oreille moyenne, a présenté des signes assez vagues d'un début de labyrinthite : irritabilité du nerf acoustique, plus prononcée à gauche avec 1/2 et 1 milliampère, absence

totale de la perception cranienne du côté droit et diminution à gauche, indifférence pour les diapasons aigu et moyen placés au vertex. Outre l'état laiteux des tympans dans toute leur étendue, sans changement de forme, et la semi-ankylose des chaînes des osselets, il faut encore citer, à l'appui du diagnostic de sclérose, les renseignements fournis par la voix chuchotée et par le piano (sons graves confus).

Obs. III. — M. Z..., quarante-huit ans, est atteint d'une surdité progressive depuis dix-huit à vingt ans; aucun antécédent spécifique en dehors d'une calvitie qui a précédé la dysécée; pas de céphalalgie, pas de bruits subjectifs ni objectifs.

Traitement : Iodure de potassium de 1 à 3 grammes; deux séances d'électricité auriculaire par semaine.

Pour ne pas allonger outre mesure cette note, je réunis les résultats des différents examens dans le tableau ci-contre.

La lecture de ce tableau montre une amélioration notable de l'oreille droite pour une durée courte du traitement (17 avril-27 mai) et à peu près le même état de l'oreille gauche, atteinte plus profondément par la sclérose (latéralisation à gauche du diapason grave placé au vertex — 17 avril).

L'amélioration de l'oreille droite est constituée par l'audition de la voix chuchotée à $0^m,30$, de la montre à $0^m,03$, et la distinction très nette des sons graves du piano.

La perception cranienne chez une personne de quarante-huit ans n'a, en général, qu'une importance relative, même minime, et je serais tout disposé à n'en tenir aucun compte si, de nulle le 7 avril, elle n'existait le 9 juin dans quatre positions sur cinq.

En supposant qu'une atteinte du labyrinthe fît défaut dans cette observation, l'amélioration sérieusement constatée ressortissant à la sclérose de l'oreille moyenne offrirait encore un grand intérêt.

Une congestion assez intense de la muqueuse des voies respiratoires a fait cesser tout traitement le 27 mai; l'iodure de potassium, seul, sera repris dans les premiers jours du mois d'août pour permettre de juger de l'efficacité de ce médicament, et, plus tard, s'il y a lieu, l'électricité.

1er août. — L'amélioration, constatée le 9 juin, a surtout progressé après la cessation de tout traitement, et du 1er au 15 juillet, M. Z..., qui dirige une grande industrie, pouvait prendre part à toute conversation sans porter, comme précédemment, la main à l'oreille. Mais,

	17 Avril	19 Mai.	27 Mai.	9 Juin.	1er Août.
Voix chuchotée	O. D. Nulle à toute distance O. G. d.	0m,08 à 0m,10. 0m,06 à 0m,08.	0m,14. 0m,06.	0m,30. 0m,10.	0m,19. 0m,10.
Voix haute	O. D. } O. G. } 5 mètres.	id	id.	id.	id.
Piano	O. D. Notes graves confuses, plutôt des bruits. Notes aiguës distinctes. O. G. id.	Notes graves et aiguës distinctes. id. Un peu plus distinctes qu'à droite.	Distinction nette des tons et demi-tons graves et aigus. Distinction moins nette des mêmes tons et demi-tons qu'à droite.	Distinction très nette des tons et demi-tons graves et aigus. Distinction très nette des tons et demi-tons aigus, moins nette des tons et demi-tons graves qu'à droite.	Distinction très nette des tons et demi-tons graves et aigus.
Diapason au vortex	aigu indifférent. moyen indifférent. grave latéralisation à gauche.	Indifférent. id. Gauche.	Latéralisation nette à droite. id. id. id. très nette à gauche.	id. id. id.	A droite. A gauche.
Perception cranienne	Côté D. 00000. Côté G. 00 (345).	00 (345) 0 (2355)	00 (345). (12345).	(1) 0 (3) 4 (5). 00 (3) 4 (5).	00 (3) 4 (5). 0 (234) 5.
Montre	O. D. Très léger contact. O. G. id.	1/2 à 1 centimètre. id.	2 centimètres. Contact très léger.	3 centimètres. 1 centimètre.	Contact léger. Contact fort.
Rinne	O. D. Négatif. O. G. Indifférent.	Négatif. id.	Négatif. Indifférent.	Négatif. id.	id. id.
Électricité galvanique Courant cathodal	O. D. Vertiges à la fermeture et à l'ouverture, irritabilité avec 1 1/2 M. A. O. G. Vertiges à la fermeture et à l'ouverture, irritabilité avec 1/2 M. A.	Pas de vertige à la fermeture ni à l'ouverture, 2 à 3 milliampères. Léger vertige et lueur à l'ouverture, 3 milliampères.	Pas de vertige à la fermeture et à l'ouverture, 3 milliampères. Pas de vertige ni lueur à la fermeture et à l'ouverture, 3 milliampères.	id. id.	id. id.
Paracousie de Willis.		id.	id.	id.	id.

Les chiffres sans ( ) indiquent une audition nette ; les ( ) une audition faible ; les zéros une audition nulle.

à partir du 15 juillet, il eut la sensation nette d'une diminution de son audition, diminution qui, également, progressa comme l'indique l'examen du 1er août.

J'ai eu le tort, le 9 juin, de fixer une date précise, le 1er août, pour l'examen; j'aurais dû dire à M. Z... : « Dès que l'amélioration cessera, venez me voir », et je lui aurais fait reprendre dès le 16 ou le 17 juillet l'iodure de sodium, qui a été prescrit le 1er août.

En somme, c'est un malade très intéressant à suivre.

Je suis sans nouvelles de Mlle X... et de Mme Y...

DES INHIBITIONS AURICULAIRES

Par le Dr GELLÉ

Il n'est pas besoin de signaler le pouvoir excitant des sensations auditives; nous savons combien d'énergies suscitent la musique, le rythme et le chant; et nous connaissons leur influence sur les passions, les sentiments et les mouvements, tant de l'individu que des masses.

Chacun a lu les études récentes sur l'influence des excitations sensorielles au point de vue de la dynamogénie.

La puissance inhibitoire des sensations acoustiques et des lésions de l'appareil de l'ouïe est en rapport avec cette brillante faculté dynamogénique.

L'arrêt ou la suspension des fonctions les plus importantes de l'économie peuvent être dus à une irritation des nerfs acoustiques.

Brown-Séquard la place au premier rang des points de départ des inhibitions.

Les réflexes inhibitoires naissent tantôt d'excitations anormales du sens, presque traumatisantes, tantôt de véritables lésions de l'organe et des nerfs auditifs. On doit aussi ajouter un autre élément actif, la susceptibilité nerveuse du sujet ; c'est ainsi que se trouve réalisée la condition nécessaire de

la genèse de l'inhibition : une excitation anormale initiale de l'organe et du sens de l'ouïe.

Il y a deux cas à considérer : tantôt c'est l'oreille et sa fonction qui sont inhibées ; ou bien l'excitation, point de départ du phénomène d'arrêt, naît de l'oreille même et de ses annexes ; enfin l'inhibition peut avoir sa source dans l'un des organes auditifs et frapper l'oreille opposée.

Déjà l'audition normale nous montre des phénomènes d'arrêt, obéissant aux lois générales de l'excitabilité nerveuse. C'est ainsi que deux sons semblables frappant les deux oreilles, c'est du côté où le son est plus intense que se fait l'orientation, et qu'il y a sensation auditive.

L'action suspensive normale peut s'exagérer en présence d'une excitation trop vive. C'est, à mon sens, à elle qu'on doit rapporter l'inaudition ou mieux le retard dans l'audition d'un son faible qui succède à un son très intense.

Exemple : Deux sons successifs, l'un fort, l'autre assez faible, mais perceptible nettement, sont transmis à l'oreille au moyen du téléphone relié à une pile qui actionne un diapason ; le son est gradué au moyen de la bobine à chariot ; chez quelques sujets, on observe jusqu'à deux minutes d'intervalle entre la sensation du son fort initial, et la perception du son faible : un silence sépare les deux sons.

Pour moi, il y a là un effet d'inhibition physiologique ou de protection du sens, exagéré, et causant le retard de la sensation seconde : l'épuisement ne saurait se réparer en aussi peu de temps.

Voici quelques faits d'inhibitions des diverses catégories :

1° *Inhibitions auriculaires nées hors de l'oreille.* — La fonction auditive est fréquemment atteinte dans le cours ou au déclin de maladies générales aiguës ou chroniques qui amènent à leur suite un état de neurasthénie.

La grippe récemment nous en a fourni maints exemples.

Les maladies du système nerveux abaissent ou suppriment l'audition ; l'épilepsie après une attaque laisse une semi-surdité ; l'hystérie une surdité uni ou bilatérale, etc.

Les grandes commotions, les explosions, les émotions

violentes dépressives, peuvent, sans lésion appréciable de l'organe, causer la surdité; s'il y a lésion otique, l'effet est encore plus accusé.

Les grands troubles psychiques, les excès de travail intellectuel, les veilles, l'excitation mentale, altèrent fréquemment l'audition.

On sait que l'attention peut empêcher toute sensation acoustique; l'idée fixe isole du milieu ambiant.

D'autre part, la gêne de l'audition causée par les bruits subjectifs, tourment des malades, n'a pas d'autre explication; ce bruit intérieur s'impose à l'attention, l'absorbe; il y a obsession, l'ouïe est affaiblie, et l'apparition du bruit extérieur plus fort favorise en ce cas l'audition : c'est de la clinique journalière. En somme, on entend avec son cerveau. Mais il n'y a pas que l'excessive fatigue des fonctions cérébrales qui nuise ainsi à l'audition; l'estomac malade ou en replétion, l'utérus malade ou gravide, puis les douleurs violentes, arrêtent également et paralysent l'énergie de l'acoustique.

La surdité s'accroît pendant la digestion, la mastication, pendant la grossesse, etc., sous l'influence de bien d'autres excitations inhibitrices.

Dans la migraine, la céphalalgie, surtout dans les névralgies de la face et dans la sciatique, on voit l'audition faiblir sans lésion otique appréciable.

De même, dans les affections douloureuses du larynx, de l'épiglotte, de l'isthme, des dents, etc.

La clinique montre la gravité des inhibitions auriculaires d'origine intestinale, utérine, etc. Le grand sympathique, le cervical surtout, semble avoir sur l'ouïe une puissance inhibitoire redoutable (lésions du cou, parotide, thyroïde).

2° *Inhibitions d'origine auriculaire.* — *a*) Inhibition d'une oreille par l'autre :

Dans l'audition binauriculaire, les deux organes sont liés et associés synergiquement.

Ainsi s'explique qu'une pression exercée sur le méat auditif puisse éteindre le bourdonnement dont souffre l'autre oreille.

On observe assez ordinairement après les opérations faites sur l'un des organes qu'il se produit une amélioration évidente de l'acuité du côté non opéré. Ne peut-on pas en conclure qu'il existait du fait de la lésion unilatérale une gêne pour l'oreille saine ? On constate le même bénéfice, après la guérison de l'otite unilatérale, sur le côté resté indemne.

De même les traumatismes qui frappent l'un des organes auditifs ont souvent une action nuisible sur l'autre ; j'en ai récemment présenté un cas à la Société de Biologie.

On conçoit d'autre part qu'un bruit subjectif unilatéral puisse provoquer un spasme réflexe d'accommodation dans l'autre oreille et abaisser ainsi son audition.

b) Inhibitions auriculaires d'autres fonctions :

On a observé l'aphonie, dans le cas de corps étranger du conduit, soit au moment de l'introduction du spéculum auris ; de même, au contact du bec du cathéter dans le pavillon de la trompe (parésie du pharyngo-staphylin). Ce sont des inhibitions aussi que ces parésies des muscles tubaires liées aux inflammations de la muqueuse et qui causent par la béance exagérée de la trompe une douloureuse autophonie. De même, ces parésies du voile, qui amènent des altérations de la voix, et la perte de notes acquises, chez certains otorrhéiques, par exemple.

Une inhibition curieuse, signalée par tous les otologistes, et très fréquente, c'est celle qui produit la sécheresse de la gorge, au point de rendre difficile la déglutition, véritable inhibition sécrétoire, bien évidemment liée à l'affection des oreilles.

Dans les otites chroniques scléreuses, on a signalé aussi un autre phénomène du même ordre, la sécheresse de la peau du conduit auditif, l'absence de cire. Peut-être les troubles gastriques secondaires aux affections otiques paroxystiques sont-ils dus à des suspensions des sécrétions utiles, à des troubles vaso-moteurs spasmodiques.

Dans les affections de l'oreille, suppuratives ou non, le torticolis n'est pas rare ; il est quelquefois parétique ; celui par spasme musculaire ou contracture est plus connu. Il se

déplace avec l'otite causale. Les troubles et l'affaiblissement de la vue sont des complications bien étudiées au cours des affections auriculaires et relativement assez fréquentes. Le vertige auriculaire débute souvent par des sensations visuelles et une diminution de la vision; le malade se plaint de scotomes; d'autres, de pétillements, de flammes, de diplopie. Tout récemment j'ai vu se développer une double exophtalmie chez un sujet otorrhéique auquel j'enlevais des polypes de la caisse; d'autres se plaignent d'une fatigue excessive des yeux. Les troubles vaso-moteurs ne sont pas rares en otologie; tantôt on trouve un pavillon vivement injecté, tandis que du côté sain il reste blanc pâle normal; tantôt c'est la conjonctive qui s'injecte ou la pommette. Les troubles de la gustation limités à un côté de la langue, certaines lésions trophiques à forme de zona, la sécheresse de la bouche, sont notés au cours ou à la suite des affections otiques et guérissent avec elles, ainsi que certaines contrictions de la gorge. Autre réflexe : j'ai cité le fait de cet otorrhéique sur lequel une irrigation produisit une hémianesthésie de la tête du côté de l'oreille malade; une autre avait au moment des menstrues une injection rouge étrange de la moitié de la face correspondante à la lésion auriculaire.

Les sujets atteints de vertige *ab aure læsâ* offrent tous les aspects des parésies, et des incapacités motrices simulant ici une paraplégie au début, là une hémiplégie, etc.; un d'eux a la démarche vacillante; un autre ne peut mâcher son manger sans tomber aussitôt à terre; un autre croit marcher sur du coton; celui-ci éprouve des crampes dans les jambes et des fourmillements. L'incapacité de se tenir debout est fréquente; j'ai observé une fois l'incontinence des urines. D'un autre côté il m'a été possible dans deux circonstances de suspendre des bourdonnements et des hallucinations conscientes par la pression exercée sur le méat et sur l'oreille. Chez un individu cette même pression causait aussitôt l'engourdissement de la moitié de la tête et de l'œil. D'autre part, beaucoup de malades se déclarent rapidement soulagés par l'aération de la caisse, qui décomprime

le labyrinthe, d'une torpeur cérébrale, de lourdeur intellectuelle, d'obtusion des idées, d'hébétude mentale, d'incapacité de travail de tête, ou de calculer, etc.; l'effet est souvent immédiat. La mémoire se réveille aussi avec l'amélioration des lésions auriculaires; les enfants sourds ont une certaine paresse de l'intellect, qui disparaît avec l'otopathie.

Les sentiments ne sont pas moins souvent touchés dans le cours des affections graves de l'organe auditif. Beaucoup de ces malades souffrent d'une émotivité paralysante, d'angoisses, de peurs, surtout de la peur des espaces, et de la crainte de tomber dans la rue. Le vertige par accès et l'état vertigineux continu qui accompagnent certaines lésions otiques s'ajoutent à ces troubles nerveux du sentiment, du mouvement, à la dépression des forces, à l'incapacité de penser et d'agir; tout cela cependant peut disparaître avec l'affection auriculaire qui l'a causé.

Chez les otorrhéiques, on observe dans le jeune âge des accidents épileptiformes avec perte de connaissance, signes de l'inhibition brutale et complète de l'activité cérébrale; chez l'adulte, on observe plutôt la forme semi-syncopale, l'inhibition sans convulsions.

UN CAS D'OZÈNE RHINO-LARYNGO-TRACHÉAL

Par le Dr **MENDEL** (de Paris).

Dans cette catégorie d'ozène, bien connue depuis le travail de Luc, les malades se plaignent habituellement de fétidité de la respiration buccale et de la respiration nasale; c'est pour cette raison qu'ils viennent le plus souvent nous consulter.

Dans le cas que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, il n'en était pas ainsi et la malade vint seulement se plaindre d'aphonie.

Mme X..., âgée de trente-deux ans, est devenue subitement aphone il y a trois semaines; depuis cette époque elle ne peut plus produire un son et ne s'exprime qu'en voix chuchotée.

Examen le 10 février 1894. — Le larynx est encombré de croûtes jaunes ou grises, qui s'interposent entre les cordes vocales et dont le siège de prédilection semble être la paroi postérieure du larynx.

Nous pensons aussitôt à la possibilité d'une rhinite atrophique, et l'examen du nez nous fait constater l'existence d'une rhinite de la narine gauche. De ce côté le cornet inférieur est manifestement atrophié; la narine est largement dilatée et le regard peut pénétrer dans le rhino-pharynx; la fosse nasale est encombrée de croûtes.

Des irrigations nasales pratiquées soigneusement pendant quelques jours débarrassèrent la narine de ces croûtes; le larynx en resta encombré cependant, d'où cette conclusion que les croûtes laryngées naissaient dans le larynx même et probablement dans la trachée, car la malade, pour expulser ces mucosités concrétées, était obligée, suivant son expression, « de les faire venir de loin ». D'ailleurs, le miroir en décelait dans l'espace sous-glottique.

Malgré cette abondance de croûtes, aucune fétidité ne se dégageait et personne, dans l'entourage de la malade, n'en avait perçu.

Au bout d'une huitaine de jours, après avoir pratiqué chaque jour plusieurs irrigations nasales, et deux ou trois inhalations à l'acide thymique, au benjoin, etc., la malade retrouvait sa voix par instants et les croûtes laryngées, beaucoup moins nombreuses, étaient aussi moins dures et moins sèches.

Enfin, grâce au même traitement, la voix se rétablit complètement en l'espace d'un mois.

Mais cette guérison est précaire; sa durée dépendra du soin que la malade prendra à chasser les croûtes nasales au moyen d'irrigations et à ramollir les croûtes laryngées au moyen d'inhalations.

EMPYÈME DES CELLULES ETHMOIDALES ANTÉRIEURES, ACCOMPAGNÉ DE NÉCROSE DE LA PAROI OSSEUSE DE LA FOSSE NASALE ET DE FISTULE INTERNE — CURETTAGE — GUÉRISON

Par le Dr **A. RAOULT** (de Nancy).

La jeune L..., âgée de huit ans, fut conduite à notre consultation le 11 septembre 1893. Cette enfant présente une fistule située en dedans de l'angle interne de l'œil gauche, tout près de la base du nez, au niveau du sac lacrymal. Cette fistule laisse écouler constamment des gouttelettes de pus, en petite quantité il est vrai. Ce pus se dessèche fréquemment et laisse une croûtelle brunâtre qui tombe au bout de quelques jours. L'orifice de la fistule est rouge, bourgeonnant, surélevé, affectant la forme classique des fistules d'origine osseuse « en cul de poule ». L'enfant est très craintive et nous ne pouvons explorer cette fistule avec le stylet.

Interrogée, sa mère nous rapporte que l'enfant a eu la scarlatine au mois de juin, et qu'au cours de cette maladie, elle a eu un abcès situé au point où est actuellement la fistule. Cet abcès qui ressemblait, d'après sa description, en raison de son siège, à un abcès du sac lacrymal, fut incisé par le Dr Rohmer, professeur agrégé de la Faculté de Nancy, vers la fin de juillet. Ce qui contribuait à la confusion du diagnostic du point d'origine de l'abcès, c'est que l'enfant était atteinte de larmoiement. Il est certain aussi que le sac lacrymal était atteint par suite des lésions de voisinage. Mais la fistule ne se ferma pas, et demeura persistante, jusqu'au moment de notre examen.

A la même époque, la fillette rendit du pus par le nez (ce pus était mélangé à du mucus), et elle présenta un écoulement purulent de l'oreille droite. Ce dernier, lors de notre première consultation, était complètement tari. La petite malade conservait de la gêne à respirer par les deux narines, et surtout par la narine gauche, d'où s'écoulait du muco-pus. La muqueuse du nez était rouge, et les cornets inférieurs hypertrophiés, surtout celui du côté gauche, ce qui ne permettait pas un examen plus approfondi de la narine de ce côté.

Nous conseillâmes de faire aspirer à l'enfant de la vaseline boriquée au 1/5 et de laisser en permanence des compresses d'eau boriquée sur la fistule. L'enfant, très craintive, faisait des mouvements dès qu'on voulait l'examiner, et nous prîmes la résolution de la chloroformer et de pratiquer alors cet examen, devant nous décider à ce moment pour l'intervention nécessaire. Nous avons alors demandé à la mère de

montrer la petite malade à notre confrère le Dr Rohmer, son médecin, auquel nous avons fait part de notre diagnostic d'attente : carie de l'unguis et peut-être de la portion orbitaire de l'ethmoïde, pus dans le méat moyen dû à un empyème du sinus sphénoïdal ou des cellules ethmoïdales. Nous lui demandâmes s'il pensait qu'il y eût lieu d'agir actuellement sur les voies lacrymales. Il nous fit répondre d'attendre pour cette opération un temps plus éloigné, et nous pria de l'en informer.

Le 2 octobre, l'enfant fut chloroformée; nous pratiquâmes une incision verticale au niveau de la fistule, en prenant celle-ci pour centre de notre incision; puis, en ayant soin de ne pas sectionner les ligaments internes des cartilages des paupières, nous fîmes un curettage de la fistule, en allant de proche en proche. Nous enlevâmes ainsi une quantité notable de débris osseux, mais quoique essayant de curetter plus en arrière, car nous avions la sensation d'un os nécrosé, il nous fut impossible de mobiliser un séquestre qui n'était autre que la partie orbitaire de l'ethmoïde. Le stylet introduit dans la fistule se dirigeait en arrière et un peu en haut et en dedans, jusqu'à 5 centimètres. En suivant sa direction, nous curettâmes les portions osseuses qui purent être enlevées; mais par suite de la difficulté à curetter en arrière, notre instrument ne pouvait se mouvoir dans une sorte de défilé, et ce grattage fut incomplet.

D'autre part, nous n'osions pas nous risquer, en allant trop en haut et en arrière, à opérer trop vigoureusement sans le concours de l'examen visuel, au niveau de l'ethmoïde. Il nous fut difficile aussi de faire une ouverture large dans la paroi externe du nez, comme nous l'avons déjà vu.

Après nettoyage de la plaie, le drainage fut fait avec une mèche de gaze iodoformée, et deux points de suture furent placés, l'un en haut, l'autre en bas de la plaie opératoire ; pansement iodoformé.

Dans la suite, nous avons fait tous les trois jours une injection dans la plaie au moyen d'un mélange d'eau boriquée et d'eau phéniquée tièdes. Le liquide passait fort bien par le nez. Ceci dura jusqu'au 28 octobre, moment où nous avons retiré la mèche de gaze iodoformée faisant drain. La plaie sembla se cicatriser. Mais le 10 novembre, l'enfant nous fut ramenée; au niveau de l'ancienne fistule, apparaissait une saillie : c'était un abcès qui tendait de nouveau à s'ouvrir à l'extérieur. Nous avons pu à ce moment obtenir de l'enfant assez de tranquillité pour pouvoir faire une cautérisation du cornet inférieur gauche, afin de nous donner du jour dans cette narine.

Le 20 novembre, nous avons recommencé l'opération, aidé par

notre confrère le Dr Frœlich. Ce dernier a constaté avec nous la direction du conduit fistuleux en haut, en arrière et en dedans, se dirigeant vers le sommet de la fosse nasale gauche. Avec la gouge et le maillet, nous avons élargi l'orifice extérieur de la fistule, en détruisant la partie supérieure de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, puis nous avons pu diriger notre curette en arrière, et enlever la partie cariée de la lame externe de l'ethmoïde, jusqu'à rencontrer les parties molles intraorbitraires, le plus loin qu'il nous a été possible de le faire. Enfin, dirigeant notre curette en dedans, nous avons ouvert un large orifice dans la narine, enlevant une grande partie du cornet moyen. Puis, prudemment, nous avons porté l'instrument en haut afin de curetter les cellules ethmoïdales. Nous avions créé ainsi un large orifice dans la fosse nasale, permettant au pus de s'écouler et aux esquilles de s'éliminer dans l'intérieur de celle-ci, afin de laisser la fistule externe s'obturer.

Le drainage fut effectué au moyen d'un tube de caoutchouc, qui passait jusque dans le méat moyen. L'écoulement de sang fut assez abondant par le nez. Pansement à la gaze iodoformée.

Les jours suivants, nous avons fait des injections par le drain; le liquide s'écoulait facilement par le nez. En même temps, l'enfant faisait des aspirations de vaseline par le nez. Les lavages et les pansements étaient répétés tous les trois ou quatre jours.

A partir du 22 décembre, la plaie extérieure étant complètement refermée, nous avons fait des lavages du méat moyen par la narine. Nous avons retiré à plusieurs reprises par la fosse nasale des esquilles qui s'étaient éliminées. Le pus qui s'écoulait facilement par la narine a diminué progressivement. Nous avons revu la malade pour la dernière fois le 7 mars; il ne s'écoulait plus de pus dans le méat moyen, le larmoiement existait à peine; et nous pouvons considérer l'enfant comme guérie.

UNE FORME RARE DE PLAQUES MUQUEUSES DES CORDES VOCALES

Par le Dr **JACQUIN** (de Reims).

B..., dix-huit ans, ouvrier dans une fabrique de tissus, se présente le 6 octobre 1893 à la consultation du dispensaire du faubourg Cérès, réclamant nos soins pour une aphonie remontant à trois semaines.

Père et mère vivants et bien portants. Rougeole dans l'enfance.

Au commencement de juin, apparition d'un chancre au prépuce ; le malade avoue le dernier coït à la fin d'avril. Son chancre évolue pendant un mois sans être soigné. Finalement des soins médicaux sont réclamés ; le traitement a été purement local.

Au commencement de septembre, le malade a senti ses forces diminuer ; il a maigri, transpire facilement, surtout la nuit. Presque en même temps la voix s'est enrouée ; l'enrouement a peu à peu augmenté et aujourd'hui la voix est presque éteinte. Le malade ne conserve que quelques notes graves qu'il prononce à voix basse.

Il n'y a pas de douleurs, soit spontanées, soit provoquées par la déglutition des aliments ou de la salive.

Le malade tousse à peine. Les crachats sont abondants, gris jaunâtre, épais. Les ganglions supérieurs du cou sont tuméfiés modérément et non douloureux à la pression. La peau est intacte actuellement. L'attention du malade n'a jamais été appelée de ce côté. Les cheveux n'ont pas tombé.

Les poumons sont sains. La bouche est intacte.

Le voile du palais est rouge. Les amygdales et les piliers sont couverts de nombreuses papules, en forme de tête de massue, dont quelques-unes atteignent la grosseur d'un pois ; elles ont un aspect grisâtre. La paroi postérieure du pharynx est couverte de mucosités.

Au laryngoscope : l'amygdale linguale présente de grosses papules grisâtres identiques à celles des amygdales palatines. Elles remplissent l'espace compris entre l'épiglotte et la base de la langue. Le bord supérieur de l'épiglotte est épaissi, rouge, granuleux. La muqueuse laryngée est rouge dans toute son étendue. Les cordes vocales sont couvertes de mucosités jaunâtres, épaisses, que j'enlève avec le porte-coton laryngien. Les cordes apparaissent alors de couleur rouge vif, pourpre. Sur la corde droite, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen et intéressant le bord libre, apparaît une petite ulcération en coup d'ongle ; la corde étant vue latéralement par le procédé de Killian, on remarque que l'ulcération contourne le bord libre et se perd sur la face inférieure. Sa forme générale est ovale ; elle a une longueur de trois à quatre millimètres. Un bourrelet rouge sombre, tranchant sur le rouge vif du reste de la corde, entoure l'ulcération et la fait paraître profonde. Mais si l'on fixe son attention on s'aperçoit que le fond seul est ulcéré, gris jaune sale, humide, légèrement bombé ; tandis que le bourrelet formé par la muqueuse plus congestionnée en ce point en rehausse les bords.

La corde vocale gauche présente en un point symétrique la même lésion ; mais l'ulcération est plus petite et le bourrelet moins prononcé.

La muqueuse laryngée dans son ensemble est légèrement tuméfiée.

Le diagnostic s'impose : laryngite syphilitique secondaire avec plaques muqueuses des cordes, condylomes des amygdales linguale et palatines.

J'institue le traitement suivant ; deux pilules de 4 centigrammes de proto-iodure par jour et quinquina phosphaté. Je touche les cordes avec une solution de nitrate d'agent au 1/20. Je promène le crayon sur les amygdales palatines et n'ayant pas au dispensaire de porte-crayon courbe, je me contente de badigeonner l'amygdale linguale avec la solution au 1/20. Ces attouchements sont répétés chaque fois que le malade vient au dispensaire.

10 octobre. — La muqueuse laryngée est moins gonflée et moins rouge. Les bourrelets congestifs sont moins rouges et moins saillants.

14 octobre. — Les ulcérations sont presque guéries. L'épiglotte est encore un peu grosse. Son bord libre est pointillé de rouge. Les bourrelets ont disparu. Les cordes sont uniformément rouges. Cette rougeur est presque aussi intense que le premier jour et tranche d'autant sur la muqueuse laryngée.

22 octobre. — Les ulcérations sont tout à fait guéries. Les bords libres des cordes sont normaux. Les cordes sont moins rouges, mais encore épaissies. Elles ne se touchent qu'à la partie antérieure, quand on fait prononcer un son au malade. Cependant la voix est revenue quoique voilée et peu étendue.

28 octobre. — Les cordes ne sont plus tuméfiées ; elles se joignent bien, mais sont encore rouge saumon, tandis que le reste du larynx est normal. Les condylomes des amygdales palatines ont disparu. Ceux de l'amygdale linguale ont seulement diminué de volume. La voix est bonne. Le malade la trouve un peu plus basse qu'autrefois.

2 novembre. — Les condylomes de l'amygdale linguale ont encore diminué.

Les cordes sont rouge vif comme au premier jour. Le reste de la muqueuse du larynx est de couleur normale, sauf le bord libre de l'épiglotte qui est un peu rouge. Le malade avoue avoir fumé. Vivement réprimandé, il ne revient plus.

L'histoire des plaques muqueuses du larynx ne remonte pas au delà de l'invention du laryngoscope.

En 1858 Czermak décrit une laryngite syphilitique avec plaque muqueuse sur une fausse corde. Après lui, Gerhardt et Roth relatent aussi des faits de plaques muqueuses laryn-

gées. En 1872, Ferras insiste sur l'extrême rareté des plaques muqueuses, puisqu'il n'en a vu qu'une sur 100 syphilitiques. Isembert nie qu'on puisse en rencontrer dans le larynx. Morell-Mackenzie considère les plaques des cordes comme fort rares. Depuis presque tous les auteurs s'accordent sur cette rareté et particulièrement aux cordes vocales. Dans le traité de médecine Charcot et Bouchard, mon excellent maître Ruault considère que les plaques muqueuses ne sont pas si rares dans le larynx qu'on l'a dit et qu'on en trouverait davantage si on examinait systématiquement tous les larynx des syphilitiques qui se plaignent de la gorge. « Comme elles siègent, dit-il, *plus rarement au niveau des cordes vocales*, et qu'on n'examine guère le larynx que si la voix est enrouée, on y trouve plus souvent l'érythème ou les papules sèches que les plaques muqueuses, bien que celles-ci n'y soient pas plus rares que les lésions précédentes. »

A la vérité, pour nous, si les plaques muqueuses des cordes vocales sont rares, sous leur forme ordinaire, elles existent cependant un peu plus fréquemment qu'on ne l'a dit, mais sous un aspect tout différent. Elles se présentent comme une tache blanc mat, ovale, située près du bord libre, et tranchant sur le reste de la muqueuse plus ou moins rosée de la corde. Nous ne l'avons jamais rencontrée que sous cette forme soit à la clinique laryngologique de Lariboisière, où plus de cent malades viennent à chaque consultation, soit à la clinique libre de mon maître et ami Luc.

Mendel, qui a été interne du Prof. Fournier, préparant pendant son année d'internat sa thèse inaugurale sur la syphilis secondaire du larynx, a particulièrement étudié à ce point de vue les larynx de très nombreux consultants de l'hôpital Saint-Louis. Il décrit deux autres formes de plaques muqueuses qui ne sont du reste qu'une évolution ultérieure de la forme décrite plus haut. D'après lui, lorsque la tache ne disparaît pas en s'atténuant, cas le plus rare, elle s'allonge, forme une bande blanc grisâtre, d'abord ventrue, puis plus régulière, occupant le bord libre où elle forme un liséré blanchâtre.

Plus tard, ce liséré se fragmente et offre l'aspect d'une série de taches blanches, séparées par des intervalles de muqueuse congestionnée.

Ces différents aspects des plaques muqueuses sont assez difficiles à reconnaître et peuvent passer inaperçus. C'est ce qui explique qu'on ait nié l'existence des plaques. Certains auteurs parlent bien d'un aspect grisâtre, comme cautérisé (Türck), d'un aspect mat (Schrœtter), d'une coloration gris perle spéciale (Krishaber), mais sans qu'aucun prononce le nom de plaques muqueuses.

Je pense que Mendel va trop loin en ne signalant pas l'existence des plaques muqueuses à forme ordinaire sur les cordes, et cette observation de plaques en tous points semblables à celles qu'on rencontre aux lèvres et aux gencives, par exemple, en est une preuve. Il n'en reste pas moins que c'est une forme rare, et c'est pourquoi j'ai tenu à rapporter le cas que j'ai vu.

Cette observation est intéressante à un autre point de vue. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer cette rougeur, qui serait propre à la syphilis, avec aspect de langue de chat, dont parle Ruault; mais je crois que d'autres raisons combattent en faveur de la proposition de Mendel qui veut donner à cette « affection congestive et érosive de la corde vocale » le nom de chordite spécifique.

Plaque muqueuse n'est pas assez significatif, et n'indique qu'une des lésions de la maladie. « Pour nous, dit Mendel, l'éruption de la plaque est le plus souvent, sinon toujours, précédée de l'érythème de la corde. Cet érythème persiste encore après l'apparition de la lésion érosive et lui survit. La corde est donc malade en dehors de l'existence de la plaque, qui ne semble être que l'exagération, en un point spécial, de l'affection érythémateuse qui a frappé le ruban vocal. » N'y a-t-il pas en effet dans le cas que j'ai relaté des faits qui viennent à l'appui de cette opinion ?

Les cordes sont plus rouges que le reste de la muqueuse laryngée. Cette rougeur persiste après la guérison des ulcérations et survit à la rougeur des autres parties de la

muqueuse redevenue normale. Elle ne disparaît que lentement. Une irritation banale lui rend toute son acuité primitive.

Ces caractères bien tranchés : coloration particulière, ténacité, résistance au traitement, extrême tendance aux rechutes, en font bien une maladie spéciale à laquelle le nom de chordite spécifique convient parfaitement.

LARYNGOPATHIES DES TUBERCULEUX

Par le Dr HELME

Dans son traité de pathologie interne, M. le Prof. Jaccoud a, le premier, séparé la laryngite des tuberculeux de la laryngite tuberculeuse. Dans le premier cas, il réunissait toutes les laryngites avec lésions bacillaires caractéristiques; dans le second, il englobait tous les accidents laryngés sans infection bacillaire proprement dite de cette région.

Les idées de M. Jaccoud furent vigoureusement battues en brèche de tous côtés. Frænkel en Allemagne, Gouguenheim et Tissier, Poyet, Ruault et presque tous les auteurs en France, rejetèrent cette division qui peu à peu tomba dans l'oubli. Malgré l'autorité incontestée des nombreux observateurs qui se montrèrent hostiles aux idées du Prof. Jaccoud et en démontrèrent l'inexactitude, nous voudrions tâcher de prouver que les théories de ce dernier reposent sur une juste interprétation des faits.

M. Jaccoud ne fut d'ailleurs pas le seul à soutenir qu'il existe une laryngite des tuberculeux. Joal, dans un excellent mémoire, distingua nettement deux formes d'accidents laryngés dus à la tuberculose. Après lui, Sokolowski et Boisson soutinrent la même thèse; Heinze se fit également le défenseur de cette manière de voir. Mais tous ces auteurs eurent peut-être le tort d'employer le mot de laryngite qui évoque une idée d'inflammation, alors que les symptômes accusés par le malade peuvent être simplement d'ordre

trophique ou purement nerveux, sans qu'il y ait laryngite ou inflammation proprement dite. Aussi avons-nous cru devoir employer le terme plus général de laryngopathie pour désigner cet état du larynx qui n'est pas la phtisie laryngée, mais simplement le retentissement de cette redoutable affection, quel qu'en soit le siège, sur l'organe vocal.

Le larynx, comme toutes les autres parties de l'organisme, subit chez les tuberculeux les effets d'une nutrition insuffisante et viciée par les toxines apportées par le sang ou la lymphe. On sait que le bacille de Koch n'a pas seulement des effets immédiats sur les tissus au sein desquels il s'est fixé. Partis du foyer tuberculeux initial, ses produits de sécrétion peuvent encore provoquer des lésions à distance par l'entremise des vaisseaux lymphatiques ou sanguins. En veut-on des exemples? Dans le rein, l'élimination des toxines ne tarde pas à amener une sclérose et une dégénérescence de l'épithélium. Dans le foie, on observe de même une stéatose graisseuse, des lésions cirrhotiques non bacillaires. Toutes les muqueuses de l'organisme, et notamment la muqueuse digestive, nous montrent, sous l'influence des produits de sécrétion du bacille de Koch, une atrophie musculaire et glandulaire en même temps qu'une sclérose des tissus sous-muqueux. Il n'est pas jusqu'aux nerfs périphériques qui ne subissent les effets de l'empoisonnement. Pourquoi le larynx échapperait-il à la règle commune? Pourquoi, puisqu'on a le rein, le foie, les gastrites des tuberculeux, n'aurait-on pas le larynx des tuberculeux? Pourquoi enfin n'y aurait-il pas là comme ailleurs une forme de lésions non bacillaires, sur lesquelles pourrait, à la vérité, se greffer plus ou moins fréquemment, mais jamais nécessairement, une lésion franche avec bacilles, c'est-à-dire une lésion cette fois tuberculeuse proprement dite?

Si l'on n'a pas admis cette manifestation à distance du bacille tuberculeux, cela tient à plusieurs causes. En premier lieu, il est rare qu'un malade vienne à la consultation parce qu'il souffre simplement de quelques troubles vocaux; ou s'il demande des soins, il est exceptionnel que l'on fasse

l'examen du larynx. Supposons même que le malade, ce qui est après tout naturel, s'adresse directement au spécialiste. Combien de fois les meilleurs même d'entre nous ne négligeront-ils pas l'examen du poumon, faisant porter toute leur attention sur l'organe vocal? Dans les services de médecine courante, au contraire, l'auscultation sera, les trois quarts du temps, le seul procédé d'investigation, de sorte que le malade lassé, découragé, ne reviendra que bien plus tard réclamer des soins. Et à ce moment, la tuberculose aura fait des progrès; pulmonaire presque toujours, elle n'aura pas tardé à infecter les tissus endo-laryngés rendus vulnérables, précisément par la laryngopathie d'autrefois. Il sera donc facile de découvrir le bacille et ses réactions cellulaires caractéristiques et dès lors tout naturel de nier cette laryngopathie que l'on connaît seulement par les antécédents et le récit du malade. On ne manquera donc jamais de l'identifier avec la tuberculose laryngée proprement dite qui n'est cependant ici que la conséquence de la laryngopathie du début.

Nous devons faire remarquer toutefois, sans remonter bien haut dans l'histoire de la littérature médicale, que presque tous les auteurs de traités ou de monographies ont noté le retentissement de la phtisie sur l'organe de la voix. Türck, le père de la laryngologie, fait mention de ces troubles de la première période de la phtisie. Andral note que la voix devient rauque dans quelques cas, bien avant que la poitrine révèle aucun symptôme. Guéneau de Mussy signale également les altérations de la voix chez les tuberculeux. « On peut même craindre le développement de la phtisie lorsqu'on voit le larynx se prendre aisément sous l'influence des moindres variations de température (1)... »

Écoutons encore Lebert : « Le catarrhe du larynx se montre d'une manière passagère à une époque peu avancée, mais il peut devenir plus fréquent, plus opiniâtre, s'accompagner d'une altération de la voix, de douleurs dans la région du larynx. L'examen laryngoscopique ne fait encore

(1) Monneret et Fleury. *Compendium de Médecine*, page 526.

découvrir qu'un gonflement avec rougeur de la muqueuse, surtout des cordes vocales et des parties voisines. Chez d'autres malades le catarrhe persiste, reste intense, mais à l'autopsie on constate l'absence d'ulcérations (1). »

Niemeyer va plus loin quand il dit que la tuméfaction des ganglions bronchiques peut produire la dénutrition du pneumo-gastrique ou de ses branches ascendantes, et amener la paralysie de la voix. Il ajoute d'ailleurs que ces cas sont très rares.

Comme on le voit, si l'on voulait développer ce petit chapitre d'histoire, il serait facile de montrer que tous les auteurs se sont préoccupés de ce retentissement de la maladie sur le larynx. Nous exposions un peu plus haut une première raison grâce à laquelle ces troubles de la voix n'ont pu être suffisamment étudiés par les auteurs de la spécialité. Nous avons montré par suite de quelles circonstances la phtisie laryngée proprement dite, avec son cortège de symptômes si frappants et si saisissants, devait inévitablement faire rejeter dans l'ombre et l'oubli les laryngopathies. Mais il est une autre raison, capitale celle-là, qui a fait jusqu'ici combattre l'idée de la laryngite des tuberculeux.

Nous voulons parler de l'influence de la théorie dite épithéliale ou de Louis. Cette théorie, universellement adoptée aujourd'hui, tend à établir que l'infection du larynx se produit par l'épithélium, qui, sans cesse balayé et irrité par les crachats tuberculeux, voit bientôt sa barrière rompue ; l'envahissement des tissus en est la conséquence. Si donc l'organe vocal est infecté, il le sera d'emblée et directement, et le résultat de l'infection donnera lieu à la phtisie laryngée ; celle-ci, bien connue dans ses manifestations, peut revêtir les formes les plus diverses, se compliquer, sous l'influence du froid ou de toute autre cause, de phénomènes inflammatoires, mais l'entité morbide reste une, avec une seule manifestation qui est la phtisie laryngée.

Il y aurait beaucoup à redire sur cet exclusivisme. La

(1) Lebert. *Traité de la Phtisie*, page 110.

nature n'a point coutume de procéder ainsi et ces divisions trop absolues s'écartent trop souvent de la réalité des faits.

Nous ne saurions avoir la prétention de reprendre dans ce travail la discussion sur l'infection par les voies sanguines et lymphatiques et l'infection par la voie épithéliale. Nous voudrions simplement dire, nous proposant d'y revenir ensuite, que l'infection du larynx par l'épithélium est loin d'être aussi fréquente qu'on l'a prétendu. Les examens anatomiques, mis en opposition avec ceux de Frænkel, nous montrent que, dans bien des cas, les lésions sont plus avancées à la périphérie qu'au centre de l'organe. Pourquoi d'ailleurs, par une sorte de faiblesse spéciale, la muqueuse du larynx serait-elle moins apte à se défendre que toutes les autres muqueuses de l'organisme? L'épithélium pavimenteux du larynx n'aurait-il pas la même solidité, sa barrière serait-elle plus fragile ici que dans les autres parties de l'organisme? On a cité nombre d'observations de phtisie laryngée, à un moment de la maladie où les bacilles, encore dans l'épaisseur des tissus, ne sauraient être entraînés au dehors par l'expectoration, et qui nous montrent qu'il y a une autre route suivie par l'invasion. Cette route est la voie sanguine ou lymphatique. J'ajouterai enfin que si l'épithélium était d'une effraction aussi facile qu'on l'a cru, si le bacille était aussi apte qu'on l'a dit à pénétrer dans les interstices des cellules, on n'aurait pas eu autant de peine à montrer l'existence de la phtisie laryngée primitive. On sait que celle-ci n'a été admise nettement que depuis les remarquables travaux de Preobrajenski et de Orth. La grande objection que l'on a faite à la théorie vasculaire, c'est qu'on trouvait des bacilles dans le larynx, même dans les cas les plus douteux. Est-il besoin de dire qu'on trouve également des bacilles dans la plupart de nos muqueuses, et notamment dans le nez (Strauss), sans que l'on soit pour cela autorisé à porter le diagnostic de tuberculose? Le bacille ne suffit pas, il faut la lésion réactionnelle caractéristique : le tubercule.

Gouguenheim et Tissier ne décrivent-ils pas d'une façon pour ainsi dire saisissante ces infiltrations, cet œdème dur de la muqueuse, alors que les couches épithéliales restent saines? Enfin les chondrites et les périchondrites, étudiées surtout par Gouguenheim, indiquent suffisamment que les lésions peuvent venir de la périphérie pour arriver ensuite aux surfaces endo-laryngées et constituer alors la phtisie proprement dite. Pour nous donc, il existe deux modes d'infection du larynx, qui peut être envahi par son épithélium et par ses voies sanguines ou lymphatiques. Dans ce dernier cas, nous aurons des lésions péri-laryngées qui fatalement retentiront sur les nerfs et les vaisseaux de la muqueuse et produiront, soit des troubles fonctionnels, soit des troubles de nutrition qui faciliteront d'ailleurs l'infection par la surface endo-laryngée.

Nous trouvons ainsi une première source de laryngopathies, celles qui sont d'origine péri-laryngée. Elles peuvent se produire par simple voisinage d'un foyer tuberculeux. Supposons un abcès froid vertébral proprement dit. Cet abcès se trouve sous l'aponévrose vertébrale ; il est isolé par conséquent du domaine lymphatique de la muqueuse, et cependant il pourra intéresser celle-ci. En effet, la réaction inflammatoire, la sclérose qui se fera autour de ce foyer tuberculeux, gagnera cette aponévrose, puis le tissu conjonctif qui la recouvre et dans lequel sont les vaisseaux et les lymphatiques qui vont au larynx ou en viennent. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, c'est là une simple inflammation de voisinage.

Mais il est un autre processus plus fréquent des laryngopathies péri-laryngées. Ici schématisons le larynx. Nous pouvons le considérer comme formé de deux parties : 1° une partie interne ou intrinsèque comprenant tout ce qui est renfermé dans le cartilage : vaisseaux, nerfs et muqueuses ; 2° une partie extrinsèque composée de tout ce qui est en dehors du cartilage. Or, vaisseaux et nerfs arrivent au larynx et en sortent en passant de la face externe à la face interne, soit qu'ils contournent le larynx, soit qu'ils

perforent les membranes chargées d'unir ou de séparer les cartilages. Ajoutons que sur la face externe même de ces cartilages sont appliqués les nombreux plexus sanguins, lymphatiques et nerveux qui intéressent le fonctionnement de l'organe. C'est encore sur cette face externe que se trouvent appliqués les ganglions, les chaînes lymphatiques récurrentielles (Picquechef et Gouguenheim) unissant le larynx à l'anneau de Waldeyer en haut et au système bronchique en bas.

Qu'une lésion tuberculeuse se produise dans ces ganglions ou dans le tissu cellulaire qui unit tous les organes appliqués sur la face externe des cartilages, on pourra voir se produire deux ordres de troubles : des troubles fonctionnels et des troubles de nutrition. Si en effet la lésion porte sur le nerf, on aura de la contracture ou de la paralysie, suivant que le nerf est simplement irrité ou complètement détruit. Au contraire, consécutivement à l'oblitération des vaisseaux, on aura des troubles dystrophiques. Tel est, suivant nous, le mécanisme des laryngopathies péri-laryngées.

Il est un autre ordre de laryngopathies qui sont dues à une véritable intoxication du larynx par les toxines de la tuberculose. Si l'on considère que le larynx est irrigué par des voies multiples, mais qui sont telles que l'apport, l'entrée du sang dans l'organe est beaucoup mieux assurée que sa sortie, si l'on envisage d'autre part la complexité du réseau lymphatique intra-laryngien (1), on verra que le larynx est éminemment propre à la stase des liquides nourriciers. Il est dès lors facile de comprendre que, lorsque ceux-ci seront viciés par le sang venu directement du poumon où s'élaborent les toxines, le larynx, mieux encore que le foie, le rein ou l'estomac, est susceptible de subir des phénomènes d'intoxication. Enfin, au milieu de cet enchevêtrement de plexus sanguins ou lymphatiques du larynx, si nous plaçons les ramifications si nombreuses et si délicates des filets nerveux, nous trouverons réunies, ce nous semble, les

(1) Voir les belles planches de l'atlas de Luschka.

conditions les plus propices à la production de troubles dans lesquels la phtisie laryngée proprement dite n'aura rien à voir.

Quels sont ces troubles? Nous devrions ici, pour nous conformer à l'usage, présenter nos observations qui sont prises en vue de ce travail depuis plus de trois ans. Mais nous préférons suivre une autre méthode, estimant qu'il ne faut pas abuser de la publication d'observations dans une courte esquisse comme la nôtre. Nous avons donc préféré décrire les troubles qui peuvent se produire sous l'influence du développement de la tuberculose à distance et que nous désignons sous le nom de laryngopathies. On pourra vérifier sur le malade les symptômes cliniques que nous allons enregistrer. Quant à l'examen nécroscopique reconnu avec raison indispensable par tous, disons qu'il ne nous a pas fait défaut. Michel Dansac, dans la thèse qu'il a *inspirée* à Dardano (1), rapporte 121 cas de ce genre avec examen autopsial. De plus, il a bien voulu nous fournir pour ce travail des renseignements complémentaires et nous faire profiter de son expérience et de son savoir. Cet auteur a presque toujours trouvé, nous a-t-il déclaré, des lésions bacillaires profondes des tissus extrinsèques chez tous les sujets ayant présenté des lésions laryngées.

En outre, il a toujours noté la répartition et l'ordination de ces lésions, soit autour des vaisseaux, soit autour des voies lymphatiques. Enfin, dans nombre de cas il a observé une adénopathie de toute la chaîne récurrentielle. Les lésions de ces derniers ganglions étaient d'autant plus prononcées et âgées qu'on s'approchait davantage du médiastin.

Les troubles laryngopathiques peuvent être de deux ordres : 1° troubles fonctionnels; 2° troubles trophiques. Les troubles fonctionnels peuvent être : *a*) vocaux; *b*) respiratoires; *c*) sensitifs.

a) *Troubles vocaux.* — Dans un premier degré la voix est comme voilée; en même temps les malades, si l'on a

(1) Thèse de Paris : *Laryngites des tuberculeux*; chez Steinheil, 1892.

affaire à des chanteurs, ont perdu quelques notes dans les deux extrémités du registre. Il s'agit d'un défaut de tension ou mieux d'une inégalité de tension due à l'irritation des filets nerveux adducteurs ou tenseurs, d'un défaut de synergie des cordes vocales. Au moment où nous émettons un son, les processus vocaux se tendent et se gonflent. Ici le gonflement et la tension ne sont plus en rapport. Il y a exagération de l'adduction du côté sain, tandis qu'il y a insuffisance de l'autre côté. Au laryngoscope, lorsque les malades émettent le son *é*, les cordes se rapprochent mal, d'où cet aspect de larynx « en boutonnière ». Il reste ainsi entre les cordes un espace donnant passage à une véritable fuite d'air, ce qui vient augmenter encore l'affaiblissement de la voix.

A un deuxième degré, nous aurons un état parétique propre ment dit, ou de contracture permanente des cordes vocales. Cette forme s'accompagne de spasmes, d'occlusion glottique. L'émission des sons est douloureuse, la voix est comme déchirante ; l'aphonie, assez prononcée, est incomplète.

Dans d'autres cas, on aura affaire à de la paralysie franche d'une corde vocale avec déviation de l'axe glottique. Cette paralysie correspond généralement au côté atteint par la tuberculose. Ainsi nous avons des paralysies de la corde vocale gauche si le sommet gauche est atteint ou si les lésions siègent sur le côté gauche du larynx, Ces paralysies ont été signalées par de nombreux auteurs ; citons par ordre chronologique : Joal, Martel, Bassols Primm, Poyet, Baréty, Cartaz, Gouguenheim et Tissier, etc., etc. Ces paralysies ont été expliquées de bien des façons. C'est ainsi qu'en première ligne on a invoqué la compression des récurrents par les ganglions hypertrophiés (Gouguenheim et Tissier, Poyet, Baréty), par des inflammations de la plèvre d'origine tuberculeuse (Gouguenheim et Tissier), par l'infiltration des tissus péri-articulaires amenant l'immobilité de l'articulation (cas très net de Cartaz). Elles peuvent être dues encore : 1° à une destruction des fibres de transmission du centre à la périphérie, c'est-à-dire du cerveau au larynx sur le trajet du pneumogastrique, avant la naissance du

récurrent et dans les points où le pneumogastrique est en contact avec le poumon et les ganglions. On peut l'expliquer encore : 2° par une destruction ou une irritation des voies centripètes allant du larynx au cerveau et portant sur les fibres du sens musculaire. Nous avons au larynx comme ailleurs certaines fibres nerveuses chargées de transmettre à l'encéphale le sentiment de la contraction musculaire. Si ces fibres sont atteintes, le malade, tout en ayant l'intention de parler, ne sent pas qu'il a un muscle et ne peut faire mouvoir sa corde vocale. Pour mieux me faire comprendre, je dirai qu'il se passe là un fait analogue à celui qui se produit lorsqu'on a une crampe de la jambe : on ne peut faire mouvoir le membre pendant quelques instants, alors même qu'on en a la ferme volonté.

On peut observer encore comme troubles vocaux dans les laryngopathies ces contractions musculaires incomplètes, grâce auxquelles on voit la glotte se fermer insuffisamment et par petites secousses. Ce phénomène, particulièrement étudié par Bassols Primm (1), est dû, soit à des phénomènes de myosite, le muscle étant atteint directement par les toxines, soit à un phénomène nerveux, le nerf ayant subi des lésions dégénératives.

Nous devons noter encore chez les tuberculeux une forme de laryngopathie qui est due simplement à l'insuffisance du soufflet respiratoire. On sait en effet, par les études et les expériences spirométriques, que la capacité respiratoire du poumon diminue dès le début de la phtisie pulmonaire (Joal). On conçoit dès lors qu'en l'absence de toute lésion et de tout trouble fonctionnel la tension diminuera, le soufflet étant devenu insuffisant. Ce sont ces aphonies que Lermoyez, dans la remarquable analyse qu'il fit du travail de Bassols Primm, désigne sous le nom d'aphonies sous-glottiques (2).

Il nous reste à parler encore des troubles dus à l'irritation

(1) Voir *Annales* de Gouguenheim, 1886.
(2) *Annales des Maladies de l'oreille*, 1886, t. XII, p. 465.

des filets du grand sympathique. Cette irritation produira cette hypersécrétion des glandes, cette salivation exagérée que chacun de nous a pu constater. Elle produira encore au niveau de la glotte ces amas de mucosités qui viennent si souvent tromper le médecin en produisant des enrouements rebelles à tout traitement. Nous avons encore présent à la mémoire l'exemple de cette cantatrice frappée subitement, dans tout l'éclat du succès d'une carrière comme on en voit rarement d'aussi brillante. Atteinte d'un enrouement que l'on étiqueta sous le nom de laryngite catarrhale, elle mourait quelque temps après de tuberculose.

b) Phénomènes respiratoires. — 1° Insuffisance de dilatation ou insuffisance d'abduction. Cette insuffisance peut exister seule ou s'accompagner de contracture des adducteurs. Cette paralysie des dilatateurs avec contracture des adducteurs,se manifeste par des spasmes, par de la contracture permanente, d'où cornage et sténose. Ces accidents peuvent être passagers et se produire à des intervalles plus ou moins rapprochés. Pour expliquer ces phénomènes, il faut admettre ici un double mécanisme, l'un qui porte sur les fibres motrices (adduction ou abduction), l'autre sur les fibres sensitives. Toute excitation banale chez un individu sain sera pathogène chez le phimique. Chez ce dernier, en effet, les extrémités terminales motrices étant irritées elles exagéreront la contractilité normale du muscle qu'elles innervent et produiront ainsi le spasme qui est l'exagération de la contraction normale. Ainsi donc, lorsqu'on aura des lésions des fibres sensitives et motrices, c'est-à-dire une altération portant sur le laryngé supérieur sensitif et le laryngé inférieur moteur, il est facile de comprendre que toute irritation portant sur les terminaisons laryngées ou médiastines du pneumogastrique malade déterminera une réaction d'autant plus vive que les filets moteurs seront lésés et en état d'excitation morbide.

Ainsi s'expliquera le spasme par le simple attouchement, par la simple introduction d'une poussière, en un mot, par la plus faible irritation.

Par un autre mécanisme on pourra avoir de la dyspnée, l'irritation des filets laryngés ayant son retentissement sur les extrémités terminales du pneumogastrique pulmonaire. Or, ces dernières fibres sont motrices et portent sur le muscle des bronches intra-lobulaires, d'où contracture de ces muscles et production d'asthme et de dyspnée intense. Nous connaissons deux observations de ce phénomène ; l'une est due à Michel Dansac ; on la trouvera au complet dans la thèse de Dardano dont nous avons parlé tout à l'heure. Cette observation a été recueillie dans le service de Cadet de Gassicourt. La seconde nous est personnelle. Il s'agit d'un enfant atteint de laryngite, qui présenta subitement des phénomènes de dyspnée ayant nécessité la trachéotomie. Dans les deux cas, l'opération, loin de soulager les malades, augmenta encore le spasme et la dyspnée, et ne tarda pas à amener la mort.

c) *Phénomènes sensitifs.* — Ces phénomènes se traduisent par de la douleur qui peut être concomitante à la phonation ; elle peut aussi se produire, le larynx étant au repos.

Dans le premier cas, elle s'explique naturellement par les mouvements d'un organe dont tous les filets nerveux sont atteints. Dans le second cas, elle est amenée par des modifications de température et de saturation de l'air respiré. Elle est alors d'origine respiratoire. On peut la rencontrer encore à la suite de la congestion des fibres du pneumogastrique, surtout pendant les deux heures qui suivent la digestion, d'où ces « hem » nocturnes avec réveil et toux quinteuse, d'où cette démangeaison laryngée troublant le repos des malades, qui se plaignent d'avoir de la toux d'estomac. Cette démangeaison, notons-le en passant, cède remarquablement à l'emploi du sulfate de quinine.

Il nous reste à noter la douleur provoquée par le toucher, soit au niveau du larynx, soit au niveau du pneumogastrique. Nous n'y insisterons pas. Elle s'explique d'elle-même par l'irritation du nerf. Signalons enfin dans certains cas un léger degré de dysphagie, surtout chez les vieillards.

2° *Troubles d'ordre trophique.* — Le plus souvent, surtout dans les laryngopathies d'origine pulmonaire, on observe

l'anémie de tout le pharynx et le larynx. La muqueuse pâle, jaunâtre, a cet aspect qui, à la simple inspection, nous permet de soupçonner la tuberculose. Cette anémie s'explique surtout par le rétrécissement des vaisseaux sous l'influence de l'irritation du pneumogastrique et du grand sympathique. Elle peut être due également à l'oblitération vasculaire. Dans certains cas, au niveau des cordes et sur leur face supérieure, on remarque une vascularisation assez marquée qui, fréquemment, tranche sur la pâleur du reste des téguments et peut faire croire à une laryngite chronique. Cette vascularisation tiendrait, suivant nous, à ce que la sclérose étant primitive et profonde, les veines superficielles sont dilatées, mal nourries et recouvertes d'un épithélium extrêmement fragile et mince. La fragilité de cet épithélium nous montre que nous sommes voisins ici de l'ulcération. Mais nous entrons dans un domaine qui n'est pas le nôtre et nous devons nous arrêter.

Anatomie pathologique. — Nous dirons seulement quelques mots de l'anatomie pathologique, mais nous serons bref, car nous savons tous que les lésions seront du domaine inflammatoire dégénératif qui est si connu.

En examinant de parti pris le larynx bien enlevé et bien fixé de tous les tuberculeux, on constate sur les coupes, et quelle que soit la coloration, une sclérose profonde qui diminue d'intensité de dehors en dedans. C'est-à-dire qu'on trouve des bandes de tissu conjonctif d'autant plus épaisses qu'on est à la périphérie de l'organe et qu'on s'éloigne davantage de la muqueuse endo-laryngée. En effet, c'est à travers cette paroi externe de la cavité laryngienne que pénétreront les nerfs et les vaisseaux de la muqueuse. S'il y a anémie de celle-ci, c'est dans les parties les plus externes que l'on trouvera le maximum de la sclérose oblitérante; on observera surtout ces lésions dans le premier processus dont nous avons parlé, à savoir dans les lésions d'origine péri-laryngée. L'examen des couches profondes du chorion montre des tractus conjonctifs sans granulations ni lésions tuberculeuses qui, partis des parois

vasculaires, s'étendent et forment une nappe de sclérose remarquablement développée. Non seulement on ne trouve pas de cellules géantes dans cette masse conjonctive péri-laryngée, mais encore il est impossible d'y rencontrer aucune trace de néoformation vasculaire. Cette disposition aura donc pour effet d'amener l'oblitération partielle ou complète des vaisseaux et l'atrophie des nerfs qui se rendent à la muqueuse. Plus on s'éloigne de cette nappe pour gagner la superficie de la muqueuse endo-laryngée, plus la sclérose diminue et fait place à des lésions dégénératives (dégénérescence graisseuse des muscles, dégénérescence de l'épithélium, rupture de petits vaisseaux sanguins, atrophie des glandes, etc.). Quant à la muqueuse, elle ne présente aucune altération de nature tuberculeuse. Dans les cas exceptionnels où la dystrophie consécutive à cette sclérose inflammatoire a déterminé une ulcération, on peut être assuré, lors même que l'on y trouve des bacilles tuberculeux, qu'il s'agit de processus secondaire. En effet, le processus dégénératif de sclérose est plus jeune, moins avancé que les lésions profondes ou celles de différente nature qui siègent en d'autres points de la muqueuse. En résumé, tandis que dans la phtisie laryngée, d'origine *endo-laryngée*, la sclérose réactionnelle part de l'épithélium pour gagner la profondeur où elle est moins intense, dans la laryngopathie des tuberculeux la sclérose débute par la périphérie de l'organe et ne présente aucune granulation tuberculeuse. Enfin si une tuberculose secondaire d'origine épithéliale vient s'y greffer, elle sera toujours plus jeune et moins prononcée au niveau de l'épithélium que dans les tissus péri-laryngés.

L'observation de ces phénomènes exige un moyen d'exploration très soigné. On pourra se reporter pour l'ablation de l'organe aux prescriptions indiquées par Gouguenheim et Tissier. Quant aux coupes, on devra les pratiquer perpendiculairement à la direction antéro-postérieure des cordes. Ces coupes devront comprendre la corde ligamenteuse et musculaire, les cartilages et les tissus mous extrinsèques

de la paroi cartilagineuse. On pourra constater ainsi les lésions de sclérose et suivre pas à pas les étapes d'évolution de cette dernière, de la périphérie au centre.

Les scléroses consécutives à l'invasion des toxines avec lésions de dégénérescence prédominante exigent une coupe, non de la région vocale proprement dite, mais de la région sus et sous-glottique. C'est en ces points, soit en avant, soit en arrière, que les artères abordent le larynx; c'est là, et non sur les cordes vocales, que l'on pourra observer le début des lésions.

Diagnostic. — Il nous faut dire quelques mots maintenant du diagnostic des laryngopathies. Nous croyons avoir montré qu'en dehors de toute infection bacillaire le larynx peut être le siège de troubles dus à une sorte de contrecoup, de retentissement d'une tuberculose plus ou moins éloignée. Nous avons expliqué la nature de ces troubles qui vont de la simple parésie à la paralysie ou au spasme; nous avons vu enfin quel aspect revêt la muqueuse sous l'influence d'une dénutrition dont nous avons esquissé le mécanisme. Mais la tuberculose n'est pas la seule affection à longue échéance qui porte sur le larynx. Raugé, dans une suite très remarquable d'articles du *Bulletin médical* de 1890, nous a montré combien le larynx était sensible et soumis avec une facilité déplorable aux perturbations de l'organisme. Les troubles qu'on observe dans d'autres maladies cachectiques sont-ils comparables à ceux de la tuberculose? C'est ce qu'il nous faudrait élucider maintenant. On devra tout d'abord faire la distinction entre la laryngopathie et la tuberculose laryngée proprement dite.

Le diagnostic devra se faire avec la laryngite chronique, la phtisie laryngée proprement dite, la syphilis et les diverses cachexies. Ne voulant pas occuper trop longuement l'attention, nous reviendrons ultérieurement sur cette question.

Il résulte de cette trop courte esquisse des laryngopathies que la tuberculose peut se manifester sur le larynx de deux façons, soit par l'infection directe de l'organe par le

bacille (tuberculose laryngée), soit par le retentissement sur le larynx d'une tuberculose de voisinage (laryngopathies). Je n'aurai pas, après Joal, Martel, Bassols Primm et d'autres auteurs, à faire ressortir l'importance de l'étude de ces troubles laryngopathiques. Leur connaissance permet souvent d'établir un diagnostic précoce alors que tout autre signe de tuberculose fait encore défaut dans le poumon. Elle permet enfin au médecin, et ceci n'est pas à dédaigner, d'éviter des traitements intempestifs et des cautérisations qui ne font que hâter un processus ulcératif qui n'a que trop de tendance à se manifester. Le traitement des laryngopathies doit surtout être médical. On se gardera bien de toucher à ces tissus mal nourris, à ces extrémités nerveuses irritées. Autant le traitement local est utile dans la tuberculose laryngée, autant il est nuisible dans la laryngopathie des tuberculeux.

CAS DE CORPS ÉTRANGER DES VOIES AÉRIENNES

Par le Dr **GUILLAUME**.

Le 20 mars 1894, un enfant de cinq ans nous est amené par ses parents comme ayant avalé un tube de verre à extrémité effilée, avec cette particularité que le tube de verre est très fragile.

L'enfant a déjà pris deux vomitifs lorsqu'il entre à la clinique chirurgicale de M. le Prof. Decès. Il a du tirage épigastrique et susclaviculaire. La percussion est normale. A l'auscultation on entend quelques râles disséminés dans la poitrine; pas de bruit de choc ou de drapeau, pas de bruit de sifflet. L'expectoration qui n'est pas très abondante est striée de sang.

La douleur est localisée derrière le sternum.

La voix basse ainsi que la voix haute sont peu altérées. La toux peu fréquente n'a aucun caractère particulier.

Les accès de suffocation, fréquents à l'arrivée du petit malade, cessent lorsqu'on l'a laissé tranquille un instant, et dans les heures qui suivent son entrée il se produit un calme relatif, qui serait trompeur si on n'était pas prévenu.

Au laryngoscope, malgré les défenses de l'enfant, que l'on arrivait

parfois à faire cesser en attirant vivement son attention, on ne voyait rien de bien net; en tout cas cet examen rudimentaire permettait d'assurer qu'il n'y avait rien au dessus des cordes vocales inférieures.

Nous n'avons pas pratiqué le toucher digital, le laryngoscope nous ayant montré qu'il était inutile.

Nous fîmes la trachéotomie huit heures après l'accident, la tête étant dans la position la plus déclive possible, le malade n'étant pas chloroformé.

Rien ne sortit même en maintenant la tête basse, l'écarteur placé dans la plaie trachéale, et cela malgré la toux du malade. Le malade ne fut pas soulagé. La canule à trachéotomie fut laissée dans la plaie, avec indication de la retirer à chaque accès de suffocation.

Pour nous, le corps étranger se trouvait dans la trachée ou dans les bronches. Il était probablement réduit en plusieurs fragments.

Nous avions, pour plaider en faveur de cette idée, le manque de soulagement après la trachéotomie et la présence de râles de plus en plus nombreux dans la poitrine du malade, surtout en bas en arrière et à droite, lieu d'élection des petits corps étrangers des voies aériennes.

Le second jour, le malade ayant la tête baissée, nous introduisîmes une sonde demi-molle par la partie supérieure de la plaie trachéale ; la sonde repassa par la bouche sans amener la sortie d'aucun corps étranger. La canule fut remise en place.

Le troisième jour, un noyau de broncho-pneumonie se déclara en bas et en arrière du poumon droit, et l'affection pulmonaire ne tarda pas à se généraliser. L'enfant succomba le huitième jour. L'autopsie fut impossible.

M. Gentin, l'interne du service, put cependant constater qu'en pressant sur le thorax il sortait par la plaie trachéale une mousse muco-purulente au milieu de laquelle se trouvaient quelques débris de verre très petits qui se réduisaient facilement en poudre sous la pression des doigts. On put retirer de l'ouverture trachéale en l'élargissant un petit fragment du tube qui s'écrasa sous les doigts, ayant été pressé un peu fort.

Ce fragment de tube a été déplacé probablement pendant le transport du cadavre à la salle des morts.

Pour nous, les vomitifs ont été nuisibles, au moins pour ce cas spécial de fragilité du verre, car ils ont probablement

contribué à la fragmentation du tube et peut-être à sa chute dans les voies aériennes profondes. Seule la trachéotomie était indiquée, la tête étant le plus basse possible.

Il pourrait peut-être, en pareil cas, être préférable d'endormir son malade et de ne le laisser se réveiller qu'au moment où l'on introduit le dilatateur, de façon à avoir les réflexes trachéaux dans toute leur intensité.

On devra également insister sur la position déclive de la tête et du tronc et sur les secousses imprimées au thorax dans cette position, la plaie trachéale étant maintenue béante.

Un double écarteur fixé par deux cordons derrière le cou serait préférable à la canule ordinaire, car avec lui, on arriverait à donner, d'une façon permanente, à l'ouverture trachéale son maximum de béance.

RHINITE CATARRHALE CHRONIQUE DE LA RÉGION OLFACTIVE — INFLAMMATION DU SINUS SPHÉNOIDAL ET DES CELLULES ETHMOIDALES POSTÉRIEURES — ANOSMIE

Par le Dr **VERGNIAUD**, médecin principal de la Marine.

Mme X..., religieuse à l'hôpital maritime de Brest, âgée de quarante-six ans, d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle malgré quelques antécédents rhumatismaux héréditaires et personnels, est prise le 3 juillet 1893 d'un coryza vulgaire mais extrêmement violent.

Le 8 juillet, l'écoulement qui était muco-purulent s'arrête brusquement sans cause appréciable ; à ce moment apparaissent simultanément et presque subitement les symptômes suivants : perte complète de l'odorat et du goût; surdité à peu près absolue; douleur constrictive dans une région que la malade semblerait faire coïncider avec la situation du sinus sphénoïdal, avec sensation de ballottements d'un corps mobile dans ce point, à tous les mouvements ; enfin, vertiges et à certains moments suffocation.

Au bout de quinze jours, pendant lesquels Mme X... a été fort souffrante, la surdité s'atténue peu à peu et finit par disparaître

totalement; la sensation du corps étranger se déplaçant dans la tête diminue; mais la perte du goût et de l'odorat persiste. A ce moment, comme par la suite, d'ailleurs, les narines antérieures sont très sèches; mais il s'écoule quelques mucosités dans le naso-pharynx.

Le mois d'août se passe sans changement dans cet état qui est encore fort pénible, car l'anosmie et l'ageustie se compliquent de parosmie et de parageustie; non seulement la notion de l'odeur et du goût réels des mets est perdue, mais beaucoup paraissent avoir une odeur repoussante et la malade se dégoûte peu à peu des aliments.

Dès les premiers jours de septembre, cet état va en s'aggravant. Mme X... a une sensation persistante d'œufs pourris dans la bouche, elle ne peut rien prendre, le tintement céphalique reparaît et de nouveau se complique de vertiges au moindre mouvement; la tête est toujours embarrassée, mais il est à noter qu'à aucun moment il n'y a eu de douleur vive; la mémoire se perd, on constate enfin un affaiblissement général, physique, moral et intellectuel, avec tout le cortège des symptômes de la neurasthénie.

Le 8 octobre, tous ces symptômes existant à leur plus haut degré, Mme X... m'est adressée par le médecin chargé du service médical des religieuses de l'hôpital. Je constate, en faisant flairer des odeurs variées, que l'anosmie est complète; la malade, en fait de saveur, ne perçoit que le salé et le sucré; la sensation de l'amer est pervertie et devient un goût inqualifiable extrêmement désagréable; il en est de même pour le goût acide.

A la rhinoscopie antérieure on constate l'état suivant : les narines sont sèches, la cloison présente une double courbure en S avec convexité antérieure et inférieure à gauche, et convexité postérieure et supérieure à droite.

Dans la fosse nasale droite on trouve le cornet inférieur petit et de couleur normale, le méat inférieur libre, un peu sec; le cornet moyen est au contraire long, tuméfié, d'une couleur vineuse surtout dans sa partie postérieure qui touche dans toute sa hauteur la convexité de la cloison à ce niveau. En avant du cornet moyen et dans le méat moyen, rien d'anormal, pas de changement de coloration, pas de trace de mucosités ni de pus. Il est impossible de voir les parties supérieures.

L'attouchement au stylet permet de constater que la sensibilité tactile est conservée et que la muqueuse qui recouvre le cornet moyen se laisse déprimer d'une façon notable, mais qu'il n'existe pas, à proprement parler, de végétations polypoïdes; l'application réitérée de cocaïne diminue la congestion et l'épaisseur de la muqueuse, mais

pas assez pour permettre d'apercevoir les parties supérieures. Dans la fosse nasale gauche, l'aspect est à peu de chose près le même, mais l'obstruction de la partie supérieure de cette fosse est encore plus complète, et commence plus en avant; c'est la partie antérieure du cornet moyen qui ici vient s'appuyer sur la convexité de la cloison. De ce côté, rien non plus, dans le méat moyen, sur le cornet inférieur qui est plutôt petit, et dans le méat inférieur qui est très libre.

Grâce à cette liberté des deux méats inférieurs la respiration par le nez se fait avec facilité.

Le pharynx buccal est rouge, sans granulations; le naso-pharynx, examiné par la rhinoscopie postérieure, se montre congestionné, couvert d'une couche de muco-pus; le bourrelet de la trompe gauche est extrêmement saillant et très rouge.

D'après l'ensemble des symptômes objectifs et subjectifs, j'arrive aux conclusions suivantes au point de vue du diagnostic :

La rhinite catarrhale aiguë dont a été atteinte primitivement la malade s'est localisée dans la région olfactive et les sinus avoisinants, avec tendance à la chronicité et à l'hypertrophie.

Quant à déterminer les sinus atteints, il est difficile de le faire autrement que par induction. J'élimine tout de suite les sinus frontaux, car il n'y a aucun écoulement par les narines antérieures et la rhinoscopie fait constater que la partie antérieure des fosses nasales est normale.

Il en est de même des cellules ethmoïdales antérieures dont les produits de sécrétion se déversent également dans la partie supérieure du méat moyen. Restent les cellules ethmoïdales postérieures et les sinus sphénoïdaux entre lesquels il est difficile de décider, car ces cavités sont impossibles à explorer dans le cas présent; leurs produits de sécrétion s'écoulent à peu près aux mêmes points, et leurs symptômes se ressemblent beaucoup; j'inclinerais à penser que les unes et les autres sont prises, en considérant, d'une part, l'état congestif du cornet moyen et, d'autre part, un certain nombre de symptômes présentés par la malade (sensation de distension à la base du crâne, abattement, vertiges, etc.), qui font plus particulièrement partie du tableau symptomatique du catarrhe du sinus sphénoïdal.

L'anosmie s'explique facilement, soit par le défaut de pénétration de l'air dans les parties supérieures des fosses nasales, soit plutôt par la lésion des filets si délicats et si ténus des nerfs olfactifs ou simplement des cellules de Schultze dans la muqueuse enflammée.

Le pronostic me semble assez rassurant au point de vue général; mais il m'est difficile de me prononcer d'une façon ferme sur la disparition probable de l'anosmie.

L'indication thérapeutique la plus urgente est de combattre les symptômes de catarrhe; j'institue le traitement suivant, que j'ai eu, tout d'abord, quelque difficulté à faire accepter : douches nasales de Weber avec liquides divers : eau bicarbonatée, puis boriquée, etc.; fumigations nasales avec la teinture de benjoin, puis fumigations de menthol.

Une certaine amélioration se produit au bout de quelques jours de traitement, et donne du courage à la malade, qui exécute dès lors ponctuellement toutes mes prescriptions.

Un mois après, on constate l'état suivant : l'état général s'est amélioré d'une façon considérable; le mauvais goût a disparu, l'appétit est revenu, les forces se sont rétablies; il n'y a plus de vertiges, mais la sensation du ballottement pendant les mouvements persiste; elle est moins forte cependant et disparaît pendant quelque temps après les lavages; les narines antérieures sont toujours sèches; il y a encore écoulement de mucosités dans le naso-pharynx. — L'anosmie persiste. L'examen physique permet de constater qu'il y a moins de congestion de la muqueuse; mais les deux fosses nasales supérieures sont toujours obstruées.

Depuis cette époque le traitement a peu varié; j'ai essayé des applications de cocaïne qui procurent une amélioration momentanée à la malade, et des applications astringentes au chlorure de zinc à 1/50 qui sont assez difficilement supportées.

Actuellement, l'état général est parfait; il n'y a plus trace de symptômes neurasthéniques; l'anosmie est moins prononcée, la malade perçoit quelques odeurs fortes; l'ageustie persiste, mais les mets paraissent moins désagréables; l'écoulement muco-purulent dans le naso-pharynx est beaucoup moins considérable.

A l'examen rhinoscopique on note toujours l'obstruction complète de la partie supérieure de la fosse nasale gauche; mais je peux voir à droite, après cocaïnisation, une partie du cornet supérieur.

En conduisant un stylet dans la direction du sinus sphénoïdal, j'ai la sensation d'y avoir pénétré, mais sans pouvoir l'affirmer.

La partie postéro-supérieure de la muqueuse des fosses nasales est toujours congestionnée et souvent recouverte d'une légère couche de muco-pus. Le cornet moyen touche encore la cloison dans sa partie postéro-inférieure.

Je continue le traitement institué, que je compléterai par l'emploi plus intensif des astringents d'abord, et des caustiques au besoin, et j'ai grand espoir aujourd'hui de voir la malade guérir non seulement de sa rhinite, mais encore de l'anosmie.

Cette observation que je publie, tout incomplète qu'elle est, m'a paru intéressante par la gravité des symptômes généraux dus à un simple catarrhe des fosses nasales, et par leur rapide disparition au moyen d'un traitement local très simple.

QUELQUES REFLEXIONS A PROPOS DE L'OUVERTURE DES ABCÈS MASTOIDIENS

Par le Dr **HAMON du FOUGERAY** (du Mans).

Les quelques lignes qui vont suivre m'ont été inspirées par un fait dont j'ai tout dernièrement été témoin.

Un de mes confrères, ayant à ouvrir un abcès mastoïdien développé à la suite d'otite moyenne purulente aiguë grippale, me fit appeler comme spécialiste pour cette opération.

La peau fut incisée à l'endroit le plus fluctuant, à 1 centimètre en arrière du pavillon; et l'incision fut faite verticalement sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette incision, comprenant tous les tissus jusqu'à l'os, laissa s'écouler une quantité assez considérable de pus. Au fond, on pouvait sentir avec le doigt un trou permettant l'introduction de la pulpe du petit doigt et siégeant à peu près au niveau du conduit auditif osseux, à 1 centimètre en arrière. Après les lavages nécessaires, l'os fut gratté à la curette. Jusqu'à ce moment tout allait bien, quand mon confrère eut l'idée d'introduire une sonde cannelée qu'il dirigea malheureusement non en avant et en haut dans la direction de l'antre, mais en arrière et transversalement.

Bien que cette introduction fût faite avec assez de douceur, un flot de sang noir sortit aussitôt par la plaie, et nous n'eûmes que le temps de pratiquer un vigoureux tamponnement. Le tampon fut enlevé au bout de quelques minutes et l'hémorragie s'arrêta.

En prenant un temporal, il est facile de voir que la sonde cannelée avait été poussée du côté du sinus.

Il est probable que cet organe a été quelque peu éraillé sur une très petite étendue, ce qui a permis à la compression d'arrêter l'hémorragie. Quoique cet accident ait été en somme trés léger et sans inconvénients pour la malade qui a bien guéri du reste, il reste un fait qui offre une certaine importance pratique.

J'estime que dans les opérations sur l'apophyse mastoïde les plus simples, il faut, dans l'exploration de ses cavités, avoir toujours présente à l'esprit la situation anatomique exacte du sinus. Cette exploration doit toujours être dirigée vers l'antre mastoïdien et en avant, là où la blessure du sinus est impossible. Elle doit être de plus tangente, autant que possible, à la lame externe de l'apophyse, et non dirigée dans le sens transversal.

DES ABCÈS DE L'AMYGDALE LINGUALE

Par le Dr MOUNIER

La communication de M. Ruault à la Société de Laryngologie de Paris en 1891, puis son article du Traité de Médecine de Charcot et Bouchard, ont donné une idée de ce que pouvait être l'abcès de l'amygdale linguale.

L'étiologie semble pouvoir être rapportée dans tous les cas au froid, sauf dans l'observation de M. Cartaz, où l'abcès fut consécutif à une cautérisation de l'amygdale linguale hypertrophiée.

Les phénomènes généraux sont assez marqués : céphalalgie, courbature, frissons; mais ce qui prime tout dans l'état du malade, c'est la douleur extrême qu'il ressent à la déglutition et qui n'est nullement en rapport avec les lésions que laisse voir l'examen du fond de la gorge.

On observe en effet seulement un peu de rougeur des piliers et du pharynx; la langue est saine, le malade la tire sans difficulté; les amygdales sont normales, et en face de

lésions si minimes, on est tout naturellement porté à faire le diagnostic d'angine rhumatismale.

La cause des douleurs à la déglutition ne peut être trouvée qu'au miroir laryngien. On voit alors, avec la plus grande facilité, une tuméfaction souvent du volume d'un œuf de pigeon, large à sa base, soulevant la muqueuse en avant de l'épiglotte dont elle fait disparaître le repli glosso-épiglottique médian, et un des replis glosso-épiglottiques latéraux.

L'amygdalite linguale est toujours unilatérale.

L'épiglotte, rouge, peut être œdématiée ; elle l'est en général dans des proportions minimes.

L'abcès s'est ouvert spontanément dans tous les cas observés, et la durée a été de cinq à quinze jours.

On a observé dans un cas, une récidive quinze jours après la guérison, tenant surtout à l'insuffisance d'ouverture de l'abcès et à la persistance d'une fistule siégeant sur la partie latérale de l'amygdale linguale.

Nous avons relevé pour notre compte deux observations d'abcès de l'amygdale linguale, qui remontent à plusieurs mois déjà. Elles sont absolument calquées sur celles déjà publiées, ce qui montre bien que l'affection a une marche assez régulière.

Le premier cas a pu être suivi par nous durant toute son évolution ; pour le deuxième, nous n'avons examiné le malade qu'après l'ouverture de l'abcès.

Observation I. — Jeune femme de vingt ans, habituellement bien portante, n'ayant jamais présenté ni hypertrophie des amygdales ni affection nasale, est prise brusquement un matin, au réveil, de douleurs à la déglutition. Malgré une voix nasonnée et une sécrétion abondante de salive, notre confrère le Dr Jouin appelé auprès de la patiente, n'ayant rien vu d'anormal après examen du pharynx à l'abaisse-langue, avait mis les symptômes sur le compte de la légère pharyngite qui existait alors et qu'il considérait comme rhumatismale.

Sa cliente étant très nerveuse, la grande gêne qu'elle accusait à la déglutition pouvait s'expliquer aisément.

A ce moment il y avait un peu de fièvre et la médication prescrite fut : un gargarisme et 40 centigrammes de quinine par jour.

Ceci avait lieu le 7 juillet dernier; le 10 j'étais appelé en hâte ainsi que notre confrère, par l'entourage de la malade. Cette dernière ne pouvait plus avaler, respirait avec peine, bien que le poumon fût absolument sain, et se plaignait surtout d'une vive douleur au fond de la gorge à gauche, ainsi que d'une sialorrhée intense et continue, ne permettant aucun instant de sommeil.

A l'examen à l'abaisse-langue, nous trouvions le fond de la gorge et les piliers gauches un peu rouges, les amygdales normales ainsi que la langue. On observait dans la région sous-maxillaire gauche un léger empâtement douloureux à la pression.

La voix était nasonnée comme dans l'amygdalite aiguë ordinaire.

Nous fîmes séance tenante l'examen au laryngoscope, et nous découvrions immédiatement la cause de tous les phénomènes observés :

Nous étions en présence d'une tuméfaction de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, située à la base de la langue, sur le côté gauche. L'épiglotte, légèrement infiltrée, était fortement couchée sur l'ouverture du larynx dont on ne pouvait apercevoir que les aryténoïdes avec une muqueuse rouge.

La teinte générale était le rouge vif, si ce n'est au centre de la tumeur linguale où la coloration était bleuâtre. L'exploration avec le doigt indiquait une légère rénitence.

Étant donné le peu d'œdème de la glotte et l'intégrité de la muqueuse aryténoïdienne, nous nous sommes contentés d'ordonner à la malade des pulvérisations antiseptiques, six à sept par jour, au moyen du pulvérisateur à vapeur, avec des solutions d'eau phéniquée à 1 °/ₒ et de résorcine à 1 °/ₒ.

Comme nous l'avions prévu, le surlendemain l'abcès s'ouvrait spontanément à la suite d'un effort fait par la malade pour expectorer les mucosités épaisses qui lui emplissaient constamment l'arrière-gorge.

Nous avons pu quelques heures après l'ouverture de l'abcès examiner au miroir laryngien la base de la langue et constater au stylet que nous pénétrions de un demi-centimètre environ dans une cavité dont on faisait encore sourdre du pus.

La tuméfaction de la base de la langue avait beaucoup diminué, et la douleur sous-maxillaire gauche avait disparu.

L'amygdale linguale nous a paru hypertrophiée dans sa partie droite non malade à ce moment.

La température avait dans le cours de cette affection atteint 39° et était tombée à la normale dès la rupture de l'abcès.

A aucun moment les ganglions du voisinage n'ont été pris. Cinq jours après tout était terminé.

Obs. II. — Le malade sujet de cette observation est un homme de quarante-un ans, qui souffrait depuis huit jours de la base de la langue dans tous les mouvements de déglutition et même en parlant. L'alimentation était devenue difficile et la nourriture depuis trois jours se composait exclusivement de liquides. L'état général restait assez bon, sauf un léger mouvement fébrile vers la fin de la journée.

L'affection avait débuté brusquement et le malade la mettait sur le compte d'un coup de froid.

La salivation était exagérée; depuis deux jours les crachats avaient un goût horrible et ce nouveau phénomène coïncidait avec une détente dans la douleur.

Les amygdales, le pharynx, les piliers étaient normaux. Au laryngoscope seul on découvrait une amygdale linguale hypertrophiée dont la partie gauche plus saillante présentait une légère ulcération de quatre à cinq millimètres de largeur couverte d'un enduit grisâtre peu adhérent; un stylet porté sur l'ulcération y pénétrait comme dans le cas précédent d'un demi-centimètre environ.

Sous l'influence de quelques pansements au salol camphré et de gargarismes phéniqués, toutes les douleurs cessaient au bout de deux jours et la partie gauche de l'amygdale linguale diminuait considérablement de volume. Le tout était terminé au bout de huit jours.

Le malade n'avait jamais eu de syphilis comme l'examen de cette ulcération aurait pu y faire croire. La portion non enflammée de l'amygdale linguale était hypertrophiée.

Les deux observations que nous présentons à la Société sont loin, à notre avis, d'être des raretés, ainsi que l'examen de la littérature médicale semblerait le prouver, puisque nous n'avons relevé que cinq observations de M. Ruault, puis une de MM. Cartaz et Luc, enfin une de M. Hélary, parue en décembre 1892 dans les *Annales*.

Nous pensons que bien des cas d'abcès de l'amygdale linguale doivent passer inaperçus en raison de leur peu de gravité habituelle et des légers phénomènes inflammatoires du côté du pharynx, sur le compte desquels on doit mettre souvent tous les symptômes présentés par le malade.

Le pronostic doit cependant être réservé eu égard à la proximité du larynx et d'un œdème possible de la glotte, bien qu'on n'ait rien noté de semblable jusqu'à ce jour.

Dans le cas de gêne respiratoire, nous n'hésiterions pas pour notre part à ouvrir largement l'abcès au galvanocautère, en raison surtout de la région qui est vasculaire et de l'action favorable de la cautérisation sur la régression du lobe hypertrophié.

ABCÈS CHAUD RÉTRO-PHARYNGIEN

Par le Dr **BELLIARD** (de Lyon).

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, un cas d'abcès chaud rétro-pharyngien qui me paraît digne d'être rapporté, ne serait-ce que pour montrer l'efficacité et l'innocuité de l'ouverture directe par la voie buccale que j'ai pratiquée dans ce cas.

Il s'agit d'un petit garçon de deux ans et demi que je fus appelé à voir le 27 février 1893. Cet enfant très bien constitué et très vigoureux pour son âge n'avait fait aucune maladie antérieure. Rien à relever comme antécédents héréditaires. Le début de la maladie remontait à quinze jours.

Dans la nuit du 11 au 12 février l'enfant fut très agité ; la veille on lui avait fait couper les cheveux ; il était resté une grande partie de la journée dehors et la température s'étant subitement refroidie vers le soir, les parents mirent l'indisposition sur le compte d'un refroidissement. Quoi qu'il en soit, le 12 février l'enfant était abattu, insouciant, il avait la peau chaude et moite et, fait bien noté par les parents, il tenait la tête fortement inclinée sur l'épaule gauche Pendant les huit jours qui suivirent, cette inclinaison de la tête persista et l'enfant se refusait à être couché autrement que sur le côté droit pour conserver à la tête cette inclinaison sur l'épaule gauche. En même temps se manifestaient des troubles de la déglutition ; l'enfant avalait assez bien les liquides, entre autres le lait qui formait la base de son alimentation ; il réclamait souvent du pain, mais il éprouvait de telles difficultés pour l'avaler qu'il finissait par y renoncer.

Le 22 février il paraissait mieux ; il était plus gai, il avalait mieux, et depuis deux jours l'inclinaison de la tête avait cessé ; aussi lui fit-on faire une assez longue sortie. La nuit du 22 au 23 février fut très

agitée, et les jours qui suivirent la fièvre parut se montrer plus intense vers le soir. Le torticolis avait disparu, mais la dysphagie persistait et avait même augmenté. Depuis le 23 étaient survenus des troubles de la respiration et de la phonation. La gêne de la respiration allait en augmentant; la nuit surtout, l'enfant était très agité, il ronflait très fort et râlait presque par instants; la voix était nasonnée. Tels sont les renseignements fournis par les parents.

Lorsque je vis l'enfant le 27 février, dans l'après-midi, c'est-à-dire quinze jours après le début de la maladie, je trouvai un petit malade aux joues pâlies, à la peau chaude, respirant très mal, avec un bruit de ronflement et de sifflement particulier. Il était abattu, avec des périodes d'anxiété. La voix était nasonnée, *voix de canard* des auteurs. Pas d'engorgement ganglionnaire des régions sus ou sous-hyoïdiennes; tout au plus sentait-on du côté gauche, au niveau de l'angle de la mâchoire, un empâtement profond. Les mouvements imprimés à la tête ne provoquaient aucune douleur. L'examen de la bouche me montra que les dernières molaires du côté gauche venaient de percer, et qu'à leur niveau les gencives étaient fortement tuméfiées. Les amygdales n'étaient pas augmentées de volume, mais l'isthme du gosier, voile du palais et amygdales, était congestionné. Enfin, ce qui frappait surtout, c'était la saillie de la paroi postérieure du pharynx qui venait repousser en avant le voile du palais, et s'accoler à la base de la langue. Cette saillie partait du pilier postérieur gauche, se confondait sans limites nettes avec ce pilier, et se portait vers la ligne médiane pour arriver presque au contact du pilier postérieur droit. En ce point cependant existait une dépression dont le fond était formé par la muqueuse pharyngienne en position normale.

En haut et en bas cette tumeur était cachée à la vue par le voile du palais et la base de la langue. La muqueuse recouvrant la saillie était rouge, luisante, d'aspect tendu et œdématié. De plus, en abaissant fortement la base de la langue on pouvait distinguer en bas et un peu à droite de la ligne médiane un point jaunâtre donnant l'impression d'une muqueuse derrière laquelle se trouve du pus.

Par le *toucher*, je limitai une tumeur de la grosseur d'une noix environ, tumeur rénitente et nettement fluctuante d'une fluctuation spéciale que l'on a comparée avec raison au *ballottement céphalique*.

Le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien me paraissant certain, je proposai aux parents de l'ouvrir immédiatement pour faire cesser le plus vite possible les troubles respiratoires qui étaient inquiétants. L'opération étant acceptée, je fis un peu à droite et près de la ligne médiane, avec un bistouri dont je limitai l'action, une ponction immé-

diatement au dessous de la ligne du voile du palais. En imprimant un léger mouvement de bascule de haut en bas à la pointe du bistouri j'obtins une incision verticale de 6 à 7 millimètres. Par cette ponction sortit un pus bien lié et fétide sans la moindre hémorragie. Ne trouvant pas l'incision suffisante, j'introduisis dans cette ouverture l'extrémité d'un disciseur à pointe mousse, tranchant sur sa concavité, et j'agrandis l'incision verticalement en bas de façon à lui donner une étendue d'environ un centimètre et demi. Cette petite manœuvre produisit des efforts de vomissement qui amenèrent le pus dans la bouche et au dehors. Je vidai l'abcès aussi complètement que possible en pressant sur sa paroi antérieure avec l'index introduit profondément dans la bouche à trois reprises différentes. A chaque nouvelle pression les efforts de vomissement amenèrent le pus au dehors. Je prescrivis un vomitif qui fut pris quelques instants après et un collutoire à l'aristol en badigeonnages. L'enfant passa une très bonne nuit et le lendemain dans la matinée la tumeur avait considérablement diminué de volume. J'exerçai de nouvelles pressions qui amenèrent encore du pus.

Le surlendemain 1er mars, l'enfant allait très bien et réclamait instamment des aliments solides que j'avais proscrits. La tumeur avait presque disparu ; cependant en abaissant fortement la base de la langue je constatai tout à fait en bas une légère saillie. J'introduisis le disciseur mousse dans l'incision qui commençait à se fermer et j'amenai encore un peu de pus par la pression. L'enfant alla de mieux en mieux, et sans nouvel attouchement il était complètement guéri sept jours après l'ouverture de l'abcès.

Voilà quinze mois de cela, et cet enfant n'a plus présenté le moindre accident; il est très vigoureux et très bien portant, comme il l'était du reste avant cette affection.

A propos de cette observation, permettez-moi de revenir sur quelques points concernant l'étiologie, le diagnostic et le traitement des abcès chauds rétro-pharyngiens. Il me paraît hors de doute qu'il s'agissait ici d'un adéno-phlegmon. Les anatomistes nous apprennent que les ganglions rétro-pharyngiens reçoivent les lymphatiques du nez, de l'isthme du gosier et aussi de l'oreille moyenne. Chez mon petit malade il n'y a eu ni coryza, ni otite moyenne, pas plus que d'angine expliquant le développement de l'adénite. Début brusque de la maladie par de la fièvre, du torticolis, et

comme seule affection antérieure une gingivite liée à l'éruption d'une dent. Je suis donc tenté de croire que c'est l'éruption des dernières molaires qui a été la cause première de l'adénite, et je suis tout à fait disposé à me ranger à l'idée émise par M. Broca que si les abcès rétro-pharyngiens sont plus fréquents dans la première enfance, cela doit tenir à l'évolution des dents qui se fait à cette période de la vie.

En ce qui touche au *diagnostic*, je dois signaler en passant que le médecin qui avait vu l'enfant plusieurs fois dans le cours de la maladie, et le matin même du jour où j'ai ouvert l'abcès, ne s'était pas douté qu'il avait affaire à un abcès rétro-pharyngien. Tout ce que j'ai pu savoir de lui, c'est qu'il avait cru à une simple angine à cause de la rougeur du fond de la gorge. Inutile de dire que l'examen avait été fait sans miroir et sans abaisse-langue.

Le diagnostic était cependant facile, du moins au moment où j'ai vu le malade. La fièvre, le torticolis, la dysphagie, les troubles de la respiration et de la phonation, pouvaient mettre sur la voie; mais la *vue* et le *toucher* permettaient d'éviter toute erreur. Il suffisait de se servir d'un abaisse-langue et d'éclairer le fond de la gorge à l'aide du miroir frontal pour faire le diagnostic par la vue. Ce diagnostic était nettement confirmé par le toucher qui permettait en outre de se rendre un compte exact de l'étendue de l'abcès.

Le *pronostic* a été ici très bénin, et je crois qu'il en est ainsi dans la grande majorité des abcès chauds développés chez des enfants à état général antérieur satisfaisant.

Faut-il faire l'incision par la voie buccale ou vaut-il mieux recourir à l'incision cutanée ? Phocas après Watson-Cheyne et autres a préconisé l'incision cutanée le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Il a pratiqué cette opération dans un cas publié dans la *Semaine médicale* de 1892, et il s'en est bien trouvé. Il repousse l'incision buccale directe à cause de sa difficulté et de ses dangers.

Branthome dans un article très sensé paru dans la *Semaine médicale* de 1893 estime avec raison que les difficultés de l'incision cutanée sont plus grandes et, à ce propos, il cite

le fait de deux chirurgiens des hôpitaux qui n'ont pas pu arriver sur l'abcès par cette voie et ont été forcés de recourir à l'incision directe par la bouche.

Les dangers de l'hémorragie dans l'incision directe sont nuls s'il s'agit réellement d'un abcès rétro-pharyngien et si l'on fait l'incision sur ou près de la ligne médiane.

Ceux d'infection sont un peu illusoires : combien ne fait-on pas d'opérations sur la bouche sans infection consécutive?

Enfin les dangers d'irruption de pus dans les voies respiratoires pouvant déterminer l'asphyxie ou la broncho-pneumonie sont exagérés ; en effet, l'action réflexe vomitive projette naturellement le pus dans la bouche.

J'avoue que pour ma part je n'ai pas songé, en voyant le pus sous la muqueuse, à aller le chercher par une voie détournée. Il ne me paraît du reste pas absolument sans danger d'administrer du chloroforme à un enfant qui respire déjà très mal.

L'incision cutanée nécessite en outre des aides expérimentés, ce qui la met moins à la portée de tous les praticiens. De plus, les dangers d'hémorragie me paraissent plus grands, bien qu'en agissant prudemment avec le doigt et la sonde cannelée on puisse éviter la blessure des gros vaisseaux.

Je n'ai pas éprouvé la moindre difficulté à faire l'incision buccale et voici comment j'ai procédé : l'enfant était assis en face de moi sur les genoux d'un aide qui maintenait ses jambes emprisonnées entre ses genoux. Le bras droit de l'aide entourait la poitrine et le bras du petit malade. De la main gauche appliquée sur le front, il appuyait la tête de l'enfant contre sa poitrine et le maintenait dans une immobilité suffisante. La lumière d'une bonne lampe, réfléchie par le miroir frontal, me donnait un éclairage suffisant, et l'abaisse-langue introduit dans la bouche, me permit de voir le champ opératoire et de faire facilement la ponction et l'incision, telles que je les ai décrites.

On a encore reproché à l'incision buccale de nécessiter des incisions multiples. Je n'ai eu recours ici qu'à une seule incision. Toutefois, si l'on jugeait que l'incision première

se referme trop vite, on pourrait, à l'aide du disciseur mousse, entr'ouvrir les lèvres de la plaie, manœuvre qui m'a très bien réussi dans ce cas.

En résumé, innocuité et facilité d'exécution de l'incision par la voie buccale lorsque l'abcès rétro-pharyngien a son siège, comme c'est le cas le plus fréquent, en face de l'ouverture de la bouche. Telles sont les conclusions à tirer de cette observation.

DE L'EMPLOI DES LAMELLES DE CELLULOID DANS LE TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE DES SYNÉCHIES DES FOSSES NASALES

Par le D[r] **MOLINIÉ** (de Marseille).

L'interposition d'un corps étranger entre les deux parois des fosses nasales constitue la méthode adoptée pour lutter contre la reproduction des synéchies après leur section, quel que soit le mode d'intervention employé à cet effet.

Les bourrelets de coton atteignent le but désiré, mais ne sont pas exempts d'inconvénients. Par suite de la rapide fétidité qu'ils acquièrent, de leur expulsion fortuite dans les efforts faits pour se moucher, de leur chute accidentelle, ils doivent être renouvelés fréquemment.

Leur réapplication ne pouvant être faite que par une personne compétente, il en résulte une sorte d'esclavage auquel le malade ne se soumet qu'à contre-cœur : d'où négligence entraînant la reproduction des synéchies.

La gaze iodoformée est déjà plus avantageuse ; les minces lanières bien tassées peuvent longtemps rester en place ; elles présentent cependant les mêmes inconvénients que le coton, quoique à un moindre degré ; pour éviter au malade ces visites fréquentes qui peuvent le gêner dans ses occupations, on a cherché un corps étranger pouvant être mis en place par lui-même. Les lames planes de diverses substances ont été utilisées dans ce but.

Dans son récent traité, M. Moritz Schmitz préconise le carton que l'on a facilement à sa disposition, que le malade peut changer et remplacer selon les indications qu'on lui donne, dans les délais qu'on lui fixe. Cependant, le carton s'imprègne facilement des liquides du nez, et devient susceptible d'acquérir la même fétidité que le coton au bout d'un temps relativement court.

Une lame d'ivoire, découpée selon les indications particulières à chaque cas, peut être utilisée comme isolateur, entre les deux surfaces à séparer. Notons que son prix de revient est assez élevé et que le découpage est quelque peu mal aisé. L'étain présente, à ce point de vue, une supériorité incontestable; nous savons qu'il est employé dans plusieurs cliniques. Cependant tous ses avantages paraissent inférieurs à ceux des lamelles de celluloïd.

Aucune communication, au moins à notre connaissance, ne fait mention de l'emploi de cette substance, et nous pensons que M. le Dr Garel, chez qui nous l'avons vu employer, en a eu la première idée.

Voici avec quelques détails comment on l'utilise à sa clinique. Dans une feuille de celluloïd, on taille une lamelle d'un centimètre et demi environ de large sur sept à huit centimètres de long. Le bord supérieur, rectiligne dans toute son étendue, s'avance un peu à l'extrémité antérieure de façon à pouvoir se loger à l'intérieur du lobule du nez. On arrondit légèrement les angles, afin de faciliter l'introduction sans érailler la muqueuse.

Enfin, l'extrémité antérieure est percée d'un orifice où vient s'attacher un fil que l'on fixe à l'oreille pendant le sommeil.

Après avoir pratiqué l'intervention intra-nasale que l'on se propose, on introduit la lamelle, on la retire, et on apprend au malade à la placer lui-même, en lui indiquant toutes les précautions à prendre.

Il n'est pas absolument indispensable, même pendant le sommeil, de la rattacher à l'oreille comme nous l'avons dit, car certains sujets ont pu se dispenser de cette précaution

sans en être incommodés. La légèreté du celluloïd est telle qu'il suffit de la viscosité du mucus nasal pour le retenir le long des cornets et l'empêcher de tomber dans le cavum, même dans le décubitus dorsal. Le grand avantage consiste dans la conservation de la respiration nasale, qui est supprimée avec l'application des tampons de coton. En raison de la durée du séjour, qui peut être d'une ou de deux semaines, cette considération mérite de l'intérêt.

Par suite de sa légèreté, du poli de ses surfaces, il est supporté très aisément sans provoquer la moindre gêne. Il ne donne pas la sensation de corps étranger; en un mot, il passe absolument inaperçu.

Pour faire une concession à la coquetterie de certains sujets, on peut employer des lamelles colorées en rose qui ne tranchent pas sur la couleur de la muqueuse et sont invisibles.

Dans tous les cas que nous avons vu traiter de cette façon, les synéchies siégeaient à la partie inférieure des fosses nasales. Il semble que les lamelles ne puissent être employées lorsque les synéchies siègent au niveau du cornet moyen.

Dans ces cas plus rares, voici comment on pourrait les utiliser : il faudrait modifier le dépositif déjà exposé et le remplacer par le suivant. On applique deux lamelles côte à côte, et on les transfixe à la partie antérieure par un poinçon jouant le rôle d'articulation, semblable à celui d'un éventail. On les introduirait comme s'il n'en existait qu'une seule; une fois placées dans les fosses nasales, on les écarterait comme un rasoir que l'on ouvre, et on maintiendrait l'angle ainsi formé par un second poinçon à côté du premier.

Nous savons que ce dispositif ne sera pas susceptible de répondre à tous les cas; mais nous pensons que toutes les fois que l'application d'une lamelle sera suffisante pour empêcher le retour des synéchies après leur section ou leur production par suite d'opérations intra-nasales, il faudra donner la préférence aux lamelles de celluloïd. Leur légèreté, leur maniement aisé, doit les faire préférer à l'étain; elles ne présentent pas la rigidité de l'ivoire et la dureté qui en rend le

découpage si difficile ; à la flexibilité du carton, elles joignent l'avantage de conserver leur consistance même après un long séjour dans les liquides.

On peut, avant de les utiliser, les plonger dans des solutions antiseptiques sans crainte de modifier leurs propriétés.

QUELQUES POINTS DU TRAITEMENT CONSÉCUTIF AUX TRÉPANATIONS DE L'APOPHYSE MASTOIDE

Par le Dr WEISMANN

Nous n'avons pas en vue dans cette note le traitement consécutif aux trépanations de l'apophyse mastoïde pour inflammations aiguës. Ce traitement ne présente rien de particulier et les malades guérissent d'ordinaire très rapidement après l'opération. Il n'en est pas de même à la suite des opérations pour affections chroniques. Le traitement consécutif est souvent très long, demande beaucoup de peine, de soins, et les pansements ont presque autant d'importance que l'opération elle-même.

Dans un certain nombre de cas, d'ailleurs, les lésions ne sont pas limitées à l'apophyse mastoïde, mais s'étendent à la caisse, au toit de la caisse, aux canaux semi-circulaires, au limaçon, à la paroi du sinus latéral, au rocher ou à la portion écailleuse du temporal. L'ablation de toutes les portions osseuses malades ou nécrosées, indispensable si l'on veut obtenir une guérison définitive, occasionne ainsi la formation de cavités parfois très vastes : on ne peut songer à une réparation osseuse complète qui demanderait d'ailleurs un temps beaucoup trop considérable, et la guérison s'obtient par la permanence d'une cavité cutanisée.

Le premier objet du traitement consécutif est donc de maintenir béante la cavité opératoire ; elle est obstruée souven par l'apparition confluente de bourgeons charnus dont il est difficile de se rendre maître. Ce bourgeonnement exagéré se rencontre surtout chez les sujets tuberculeux,

scrofuleux ou anémiés. Les granulations sans tendance à la cicatrisation s'y forment avec abondance et, enlevées à la curette, se reproduisent avec rapidité. Les différents caustiques se montrent impuissants. Le nitrate d'argent n'a qu'une action de surface; une action profonde exigerait un pansement quotidien; mais alors l'eschare précédemment formée gêne l'application nouvelle du caustique; il faut un lavage; il faut se servir de pinces; on irrite ainsi les tissus sous-jacents; cette irritation augmente le bourgeonnement et reforme de dedans en dehors les parties détruites superficiellement. L'acide chromique, d'une action plus profonde et plus sûre, est difficile à manier; il est très douloureux, non au moment de l'application même, si l'on a eu soin de cocaïner, mais dans les heures qui suivent; les douleurs ainsi occasionnées peuvent être parfois intolérables. Le chlorure de zinc, le perchlorure de fer, plus actifs que le nitrate d'argent, moins douloureux que l'acide chromique, sont insuffisants.

Depuis quelque temps déjà, nous avons rejeté l'usage des caustiques chimiques dans la profondeur des cavités ouvertes par l'opération, et nous nous servons exclusivement de la curette et du galvanocautère.

Voici la conduite que nous tenons en présence de granulations récidivant abondamment et sans tendance à la cicatrisation : le pansement retiré, la plaie nettoyée avec soin, les gros bourgeons sont enlevés à la curette; une légère compression suffit pour arrêter l'hémorragie : la plaie séchée à l'aide de stylets munis de coton stérilisé, on place dans la profondeur, appliqués contre les points mêmes sur lesquels on veut agir, de petits tampons de coton stérilisé imbibés d'une solution de cocaïne à 1/5 récemment bouillie. Ces tampons restent dix minutes en place; on les enlève et l'on peut cautériser à son aise et sans douleur tout le fond de la plaie. On refait le tamponnement et, le pansement enlevé six ou huit jours après, les parois de la cavité apparaissent parfaitement nettes; le malade n'a éprouvé aucune douleur dans l'intervalle.

C'est surtout à la suite des opérations pour choléstéatomes que les granulations exubérantes doivent être réprimées : la cavité choléstéatomateuse en effet ne bourgeonne pas par elle-même; les bords seuls en bourgeonnent et bourgeonnent fortement jusqu'à se réunir et à masquer la cavité. Si l'on ne surveille ces granulations avec le plus grand soin; si, se servant du stylet, on ne va pas, écartant ces bourgeons trompeurs, jusqu'au fond même de la cavité, ces granulations se réunissent, se soudent; on croit à une guérison rapide, et le choléstéatome derrière cet abri se reforme avec une rapidité qui surprend.

L'emploi de la curette et du galvanocautère suivi de pansements serrés à la gaze iodoformée moulant exactement le fond de la cavité opératoire permettent de maintenir ouverte la plaie rétro-auriculaire. Reste à obtenir l'épidermisation. Or nous avons souvent observé que les pansements serrés à la gaze iodoformée destinés à maintenir béant l'orifice de la cavité irritaient les parois de cette cavité et s'opposaient à l'épidermisation. Ce n'était pas l'iodoforme qu'il fallait incriminer : les pansements à la gaze stérilisée ne donnaient pas un meilleur résultat. Nous avons pensé dans ces cas à substituer au pansement sec le pansement humide, et sous l'influence du pansement humide l'irritation des parois a cédé rapidement, l'épidermisation a marché sans encombre. Nous nous sommes servi soit de mèches de gaze stérilisée, soit de petits tampons de coton imbibés d'une solution de sublimé à 1/2000 et placés bien en contact avec le fond de la cavité, en moulant pour ainsi dire le fond, comme le pansement sec; la cavité bien bourrée, le tout est recouvert de taffetas gommé et de coton non hydrophile; le pansement est renouvelé tous les deux ou quatre jours, suivant les cas; il reste parfaitement humide et sous son influence l'épidermisation se fait pour ainsi dire à vue d'œil : une paroi interne irritée, granuleuse, saignante, pour laquelle nous pensions à une greffe, avait en quatre jours repris un aspect normal. Nous conseillons donc le pansement humide toutes les fois que la plaie, malgré l'emploi combiné de la

curette et du galvanocautère, bourgeonne trop ou mal et que, ne trouvant pas de point osseux malade, on doit attribuer ce bourgeonnement anormal à une irritation des parois due au pansement sec. Si la plaie va bien, on abrégera considérablement la durée du traitement post-opératoire et on hâtera l'épidermisation en appliquant une ou plusieurs greffes d'après la méthode de Thiersch en un point où les bourgeonnements ne sont pas trop saillants; les greffes appliquées, on fait un pansement humide en ayant soin d'empêcher le glissement des greffes par l'application d'un petit tampon de coton sur la greffe même ; on ne renouvelle ce pansement qu'au bout de quatre jours; on voit alors que la greffe a éteint pour ainsi dire le bourgeonnement autour d'elle; et ultérieurement on voit l'épidermisation s'étendre tout autour de la greffe. Pour des plaies extrêmement grandes nous y avons eu plusieurs fois recours avec de bons résultats.

Lorsque la réparation se fait normalement et que l'on juge que l'on peut laisser la plaie rétro-auriculaire se fermer, cette plaie se ferme d'ordinaire rapidement ; on continue alors les pansements par le conduit, pansements facilités par la disparition de la paroi postérieure du conduit cartilagineux qui a été sectionnée et appliquée en lambeau; parfois la cutanisation s'obtient rapidement; parfois la muqueuse de la paroi interne de la cavité opératoire reste suintante, légèrement granuleuse, sans pourtant que les granulations aient tendance à l'hypertrophie : les mèches de gaze iodoformée sont toujours retirées humides et pourtant le stylet ne montre aucun point osseux malade. Les cautérisations ne modifient en rien la situation : nous nous trouvons très bien dans ces cas-là des pansements à l'alcool absolu et des instillations d'alcool boriqué; il est impossible de donner une formule unique, l'alcool étant plus ou moins bien toléré dans les oreilles; on doit tâter la susceptibilité du malade.

Voici notre manière d'agir : nous instillons une ou deux gouttes d'alcool absolu que nous laissons en place dix minutes si nous pouvons, en tout cas aussi longtemps que

le malade peut le supporter; puis nous remplissons nous-même l'oreille du mélange suivant :

Acide borique pulv............ 10 grammes.
Alcool à 90°.................. 50 —

Si ce liquide est bien supporté, nous renvoyons le malade en lui prescrivant de remplir matin et soir l'oreille de ce mélange; si le liquide est mal supporté, nous prescrivons la formule suivante, plus faible en alcool :

Acide borique pulv............ 10 grammes.
Alcool à 70°.................. 50 —

Le malade doit être vu deux fois par semaine; s'il ne pouvait être vu que tous les huit jours, la proportion d'acide borique devrait être diminuée de moitié ; car, sans cela, la poudre d'acide borique se déposerait au fond de l'oreille en trop grande abondance et s'opposerait à la pénétration et par suite à l'action de l'alcool. Nous prescrivons alors :

Acide borique pulv............ 5 grammes.
Alcool à 70° ou 90°........... 50 —

La Société a décidé de mettre à l'ordre du jour, pour 1895, les questions suivantes :

Troubles neuro-moteurs du larynx. — Rapporteur : M. Raugé.

Bourdonnements. — Rapporteur : M. Miot.

La session est close.

Le secrétaire général, Dr Joal.



Table des Matières

Pages



Paris-Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie.